

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

OPTICON Beratungs- und Finanzdienstleistungs GmbH

Hauptstr. 24 • 67273 Weisenheim am Berg

Tel.: 06353/5080200

Fax: 06353/5080201

info@opticon-bfg.de

http://www.opticon-bfg.de/

Persönlicher Ansprechpartner:

1. Versicherte Personen	
<p>1.1 Versicherte Person (VP1) Name, Geburtsdatum, Geschlecht usw. der zu versichernden Person.</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich</p> <p>Geburtsdatum: <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Geburtsort: <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet</p> <p><input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> Raucher</p> <p><input type="checkbox"/> Nichtakademiker <input type="checkbox"/> Akademiker</p> <p><input type="checkbox"/> Kein Motorradfahrer <input type="checkbox"/> Motorradfahrer</p> <p>Jahresbruttoeinkommen: <input style="width: 80px;" type="text"/> €</p> <p>Steuer-Identifikationsnummer: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p> <p>Personalausweisnummer: <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Nationalität: <input style="width: 80px;" type="text"/></p>
<p>1.2. Versicherte Person (VP2) Name, Geburtsdatum, Geschlecht usw. der zu versichernden Person.</p>	<p>Name: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div></p> <p>Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich</p> <p>Geburtsdatum: <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Geburtsort: <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet</p> <p><input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> Raucher</p> <p><input type="checkbox"/> Nichtakademiker <input type="checkbox"/> Akademiker</p> <p><input type="checkbox"/> Kein Motorradfahrer <input type="checkbox"/> Motorradfahrer</p> <p>Jahresbruttoeinkommen: <input style="width: 80px;" type="text"/> Euro</p> <p>Steuer-Identifikationsnummer: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p> <p>Personalausweisnummer: <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Nationalität: <input style="width: 80px;" type="text"/></p>
2. Vertragszeiten	
<p>Versicherungsbeginn</p>	<p><input style="width: 40px;" type="text"/> . <input style="width: 40px;" type="text"/> . <input style="width: 80px;" type="text"/></p>

Laufzeit	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> Lebensjahr der VP <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Jahre
Verkürzte Beitragszahlungsdauer	<input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> Jahre
3. Berechnungsvorgaben	
Berechnung nach	<input type="checkbox"/> Beitrag <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> Ablaufleistung <input type="text"/> €
Zahlweise	<input type="checkbox"/> 1/12- <input type="checkbox"/> 1/4- <input type="checkbox"/> 1/2- <input type="checkbox"/> 1/1-jährlich <input type="checkbox"/> Depot
Vorschaltung eines niedrigen Anfangsbeitrages	<input type="checkbox"/> gewünscht: <input type="text"/> Jahre Verhältnis des Vollbeitrages zum niedrigen Anfangsbeitrag: <input type="text"/> %
Beitragsdynamik	<input type="checkbox"/> keine Dynamik <input type="checkbox"/> <input type="text"/> % (1-10% mgl.)
4. Überschussverwendung	
in der Ansparphase	<input type="checkbox"/> optimiert <input type="checkbox"/> Verzinsliche Ansammlung <input type="checkbox"/> Fondsansammlung <input type="checkbox"/> Erlebensfallbonus <input type="checkbox"/> Todes-/Erlebensfallbonus <input type="checkbox"/> Bonussystem <input type="checkbox"/> Sofortbonus
gewünschte Tarife	<input type="checkbox"/> Klassische Tarife <input type="checkbox"/> Fondsgebundene Tarife
Schätzung der Fondsentwicklung	<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 3% <input type="checkbox"/> 6% <input type="checkbox"/> 9%
Fonds mit Höchststandsgarantie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5. Tarifbausteine	
Leistungen bei Tod	<input type="checkbox"/> garantierte Todesfalleistung = 100 % <input type="checkbox"/> Vertrags-/Investmentguthaben
6. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung	
Höhe der monatlichen BUZ-Rente	<input type="text"/> €
Versicherungsdauer	<input type="text"/> Jahre
Leistungsdauer	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> Jahre <input type="checkbox"/> lebenslange BU-Rente
Karenzzeit:	<input type="text"/>

Garantierte Rentensteigerung	<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 1% <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> 3%
BUZ-Gewinnsystem:	<input type="checkbox"/> Gewinnverrechnung <input type="checkbox"/> Bonusrente <input type="checkbox"/> Fonds-/Verzinsliche Ansammlung
7. Angaben zum Beruf	entfällt sofern BUZ nicht gewünscht
Genauere Berufsbezeichnung - evtl. Zusatzfragebogen Beruf nutzen bzw. Tätigkeit beschreiben	<input type="text"/>
Aufsichtsführend tätig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Überwiegend leitend tätig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Personalverantwortung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - <input type="text"/> Mitarbeiter
Anteil der Bürotätigkeit	<input type="text"/> %
Anteil der körperlichen Tätigkeit	<input type="text"/> %
Berufsstatus	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/>
Besonderheiten zur Tätigkeit	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Schichtarbeit <input type="checkbox"/> Akkordarbeit <input type="checkbox"/> Schichtarbeit im Akkord <input type="checkbox"/> Gesellschafter / Geschäftsführer
Risikorelevantes Hobby	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
Anteil sitzender Tätigkeit ohne Schreibtisch	<input type="text"/> %
Abgeschlossene kaufmännische Ausbildung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8.a. Gesundheitsfragen 1. versicherte Person <input type="checkbox"/> Aufnahme mit separatem Fragebogen	Die folgenden Fragen sind nicht abschließend. Es gelten die Fragen des Versicherers im Antrag.
Körpergröße und Gewicht	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
Wurde bereits ein Antrag bei einer Gesellschaft abgelehnt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bei welcher? <input type="text"/>
Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren an Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen oder sonstigen Gesundheitsstörungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche + Details? <input type="text"/>

Erfassungsbogen Private Leben – Softfair | Seite 4/5

<p>Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante Untersuchungen von Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, oder anderen Heilbehandlern statt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche + Details?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
<p>Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium, oder Heilstätte statt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche + Details?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
<p>Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche + Details?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
<p>Besteht eine Fehlsichtigkeit?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Dioptrien links: <input type="text"/> Dioptrien rechts: <input type="text"/></p>
<p>8.b. Gesundheitsfragen 2. versicherte Person <input type="checkbox"/> Aufnahme mit separatem Fragebogen</p>	<p>Die folgenden Fragen sind nicht abschließend. Es gelten die Fragen des Versicherers im Antrag.</p>
<p>Körpergröße und Gewicht</p>	<p><input type="text"/> cm <input type="text"/> kg</p>
<p>Wurde bereits ein Antrag bei einer Gesellschaft abgelehnt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bei welcher?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<p>Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren an Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen oder sonstigen Gesundheitsstörungen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche + Details?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
<p>Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante Untersuchungen von Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, oder anderen Heilbehandlern statt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche + Details?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>

<p>Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium, oder Heilstätte statt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche + Details?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche + Details?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>Besteht eine Fehlsichtigkeit?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Dioptrien links: <input type="text"/> Dioptrien rechts: <input type="text"/></p>
<p>9. Weitere Risikoabsicherungen</p>	
<p>Werden weitere Risikoabsicherungen gewünscht?</p>	<p><input type="checkbox"/> Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Dread-Disease <input type="checkbox"/> Kranken(-tagegeld)versicherung</p>
<p>10. Sonstige Hinweise, Bemerkungen</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	
<p>Unterschrift</p>	<p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift</p>
<p>Bitte beachten Sie:</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Bei Vermittlung von Lebensversicherungen oder Dienstleistungen mit Anlagezweck ist eine Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz erforderlich. </div>
<p>Interne Notizen</p>	
<p>Mitarbeiter: <input type="text"/> Datum : <input type="text"/> Uhrzeit: Von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben <input type="checkbox"/> persönliche Besprechung <input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>
<p>Rev004 vom 18.03.2016</p>	