

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. Persönliche Daten, Person 1	<input type="checkbox"/> vollständig bekannt
Titel, Akad. Grad	<input type="text"/>
Name Vorname	<input type="text"/> <input type="text"/>
Anschrift	Straße: <input type="text"/> <input type="text"/> PLZ Ort: <input type="text"/> <input type="text"/>
Geburtsdatum, Geburtsname	<input type="text"/> <input type="text"/>
Geburtsort / Nationalität	<input type="text"/> / <input type="text"/>
Familienstand / Verhältnis zu Person 2	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> andere: <input type="text"/>
Sozialversicherungsnummer	<input type="text"/>
Steuer-Identifikationsnummer	<input type="text"/>
Steuerklasse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grundtabelle <input type="checkbox"/> Splittingtabelle
Kirchensteuerpflicht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bundesland: <input type="text"/>) <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch
Beruf	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Tätigkeit überwiegend aufsichtsführend
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"/>

Risikoerfassung Privat – Personenvers./Altersvorsorge | Seite 2/7

Arbeitgeber oder Name der eigenen Firma	<input type="text"/> Wenn Selbständig: Anzahl der Mitarbeiter: <input type="text"/>
Durchschnittliches Brutto- / Nettoeinkommen:	<input type="text"/> € / <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährlich
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich (<input type="checkbox"/> pflicht <input type="checkbox"/> freiwillig) <input type="checkbox"/> privat (Beihilfesatz: <input type="text"/> %)
Raucher	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besondere Hinweise zu Beruf, Hobby oder sonstige risikorelevante Infos (Gesundheitszustand)	<input type="text"/>
2. Persönliche Daten, Person 2	<input type="checkbox"/> vollständig bekannt <input type="checkbox"/> entfällt
Titel, Akad. Grad	<input type="text"/>
Name Vorname	<input type="text"/> <input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/>
Geburtsdatum, Geburtsort	<input type="text"/> <input type="text"/>
Geburtsort / Nationalität	<input type="text"/> / <input type="text"/>
Familienstand / Verhältnis zu Person 1	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> andere: <input type="text"/>
Sozialversicherungsnummer	<input type="text"/>
Steuernummer	<input type="text"/>
Steuerklasse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grundtabelle <input type="checkbox"/> Splittingtabelle
Kirchensteuerpflicht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bundesland: <input type="text"/>) <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch
Beruf	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Tätigkeit überwiegend aufsichtsführend
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"/>
Arbeitgeber oder Name der eigenen Firma	<input type="text"/> Wenn Selbständig: Anzahl der Mitarbeiter: <input type="text"/>

Risikoerfassung Privat – Personenvers./Altersvorsorge | Seite 3/7

Durchschnittliches Brutto- / Nettoeinkommen	<input type="text"/> € / <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährlich
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich (<input type="checkbox"/> pflicht <input type="checkbox"/> freiwillig) <input type="checkbox"/> privat (Beihilfesatz: <input type="text"/> %)
Raucher	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besondere Hinweise zu Beruf, Hobby oder sonstige risikorelevante Infos (Gesundheitszustand)	<input type="text"/>
Sind Vermögenswerte vorhanden, die verhältnismäßig schnell liquide gemacht werden können?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Höhe und aktuelle Anlageform nennen <input type="text"/>
3. Kinder	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> separate Erfassung
3.1. Kind 1: Name Vorname Geburtsdatum, Geburtsname Beruf	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3.2. Kind 2: Name Vorname Geburtsdatum, Geburtsname Beruf	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Kommunikationsdaten	<input type="checkbox"/> vollständig bekannt
Telefon	Privat <input type="text"/> Mobil <input type="text"/> Geschäftlich <input type="text"/>
Fax	Privat <input type="text"/> Geschäftlich <input type="text"/>
E-Mail	Privat <input type="text"/> Geschäftlich <input type="text"/>
Homepage	<input type="text"/>
5. Bankverbindung	
Konto Bankleitzahl Kontoinhaber, soweit abweichend Bank IBAN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

<p>Sollen alle Versicherungsprämien vom og. Konto abgebucht werden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>6. <input type="checkbox"/> Möglichkeiten der Risikoabsicherung</p>	<p>Für eine Erfassung von Einkünften, Verbindlichkeiten usw. bitte separate Erfassung nutzen!</p>
<p>6.1. Berufsunfähigkeit, schwere Krankheiten Ihre Arbeitskraft ist die Basis für Ihren Lebensstandard - haben Sie ausreichend Vorsorge getroffen? (z.B. durch eine Berufsunfähigkeit-, Dread Disease- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung)</p>	<p><input type="checkbox"/> Beratung / Versicherungsschutz gewünscht <input type="checkbox"/> Überprüfung gem. Risikoerfassung <input type="checkbox"/> nicht gewünscht / kein Bedarf <input type="checkbox"/> besteht, keine Änderung gewünscht</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
<p>6.2. Hinterbliebenenversorgung Haben Sie sichergestellt, dass im Falle Ihres Todes ihre Angehörigen finanziell ausreichend versorgt und evtl. bestehende Kredite abgesichert sind? (z.B. durch eine Risikolebens-, oder Sterbegeldversicherung)</p>	<p><input type="checkbox"/> Beratung / Versicherungsschutz gewünscht <input type="checkbox"/> Überprüfung gem. Risikoerfassung <input type="checkbox"/> nicht gewünscht / kein Bedarf <input type="checkbox"/> besteht, keine Änderung gewünscht</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
<p>6.3. Krankenvollversicherung Sie möchten die Höhe Ihres Versicherungsschutzes für den Krankenfall dauerhaft selbst bestimmen und dafür auch nur risikogerechte Prämien zahlen? (Dies ist nur in einer privaten Krankenvollversicherung möglich)</p>	<p><input type="checkbox"/> Beratung / Versicherungsschutz gewünscht <input type="checkbox"/> Überprüfung gem. Risikoerfassung <input type="checkbox"/> nicht gewünscht / kein Bedarf <input type="checkbox"/> besteht, keine Änderung gewünscht</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
<p>6.4. Krankenzusatzversicherung Hohe Eigenbeteiligungen an Behandlungskosten und Medikamenten, überfüllte Kliniken - die gesetzlichen Krankenkassen leisten immer weniger. Möchten Sie das so hinnehmen, oder sinnvoll ausgleichen? (z.B. durch eine Krankenzusatzversicherung im stationären oder auch ambulanten Bereich, für Zahnersatz und Brillen, Kranken(haus)tagegeld, usw.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Beratung / Versicherungsschutz gewünscht <input type="checkbox"/> Überprüfung gem. Risikoerfassung <input type="checkbox"/> nicht gewünscht / kein Bedarf <input type="checkbox"/> besteht, keine Änderung gewünscht</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
<p>6.5. Pflegeversicherung Wollen Sie sich auf die geringen Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung verlassen, ggfs. auf die Unterstützung Ihrer Kinder angewiesen sein und damit Ihr Vermögen und das Ihrer Kinder riskieren? (Vorsorge können Sie durch z.B. Pfl egetagegeld-, Pflegerente-, Pflegekostenversicherung treffen!)</p>	<p><input type="checkbox"/> Beratung / Versicherungsschutz gewünscht <input type="checkbox"/> Überprüfung gem. Risikoerfassung <input type="checkbox"/> nicht gewünscht / kein Bedarf <input type="checkbox"/> besteht, keine Änderung gewünscht</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
<p>6.6. Unfallversicherung Ein Unfall mit körperlichen Beeinträchtigungen geschieht unvorhergesehen. Können Sie jeder Zeit Umbauten des Hauses oder Ihres Autos finanzieren? (eine Invaliditätsabsicherung in Form einer Rente oder Einmalzahlung kann Ihnen Liquidität für diesen Fall verschaffen)</p>	<p><input type="checkbox"/> Beratung / Versicherungsschutz gewünscht <input type="checkbox"/> Überprüfung gem. Risikoerfassung <input type="checkbox"/> nicht gewünscht / kein Bedarf <input type="checkbox"/> besteht, keine Änderung gewünscht</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>

<p>6.7. Kinderabsicherung Möchten Sie heute bereits einen Baustein für eine gesicherte Zukunft Ihrer Kinder legen? (z.B. durch den Aufbau einer Altersversorgung, Invaliditäts-, Kranken- und Berufsunfähigkeitsversicherung, usw.)</p>	<p> <input type="checkbox"/> Beratung / Versicherungsschutz gewünscht <input type="checkbox"/> Überprüfung gem. Risikoerfassung <input type="checkbox"/> nicht gewünscht / kein Bedarf <input type="checkbox"/> besteht, keine Änderung gewünscht </p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>7. <input type="checkbox"/> Möglichkeiten der Altersversorgung</p>	<p>Für eine Erfassung von Einkünften, Verbindlichkeiten usw. bitte separate Erfassung nutzen!</p>
<p>7.1. Basisrente Die steuerlich geförderte Ergänzung der gesetzlichen Rentenversorgung - je höher Ihre Steuerlast ist, desto interessanter ist die Basisrente!</p>	<p> <input type="checkbox"/> nicht gewünscht / kein Bedarf <input type="checkbox"/> besteht, keine Änderung gewünscht <input type="checkbox"/> Beratung / Versicherungsschutz gewünscht </p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>7.2. Betriebliche Altersversorgung Ihre Altersversorgung, die nicht aus Ihrem Netto-, sondern Ihrem Bruttoeinkommen finanziert wird!</p>	<p> <input type="checkbox"/> nicht gewünscht / kein Bedarf <input type="checkbox"/> besteht, keine Änderung gewünscht <input type="checkbox"/> Beratung / Versicherungsschutz gewünscht </p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>7.3. Riester-Rente Nicht nur steuerlich gefördert, sondern abgesehen von einer 154 € Grundförderung auch weitere Förderungen für Eltern!</p>	<p> <input type="checkbox"/> nicht gewünscht / kein Bedarf <input type="checkbox"/> besteht, keine Änderung gewünscht <input type="checkbox"/> Beratung / Versicherungsschutz gewünscht </p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>7.4. Private Altersvorsorge Wer die maximale Flexibilität liebt, der sorgt mit einer privaten Altersvorsorge vor!</p>	<p> <input type="checkbox"/> nicht gewünscht / kein Bedarf <input type="checkbox"/> besteht, keine Änderung gewünscht <input type="checkbox"/> Beratung / Versicherungsschutz gewünscht </p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>8. Besonderheiten</p>	
<p>8.1. Haben Sie (oder Personen die in die Beratung einbezogen werden sollen) einen Auslandsaufenthalt - außer Urlaubsreisen bis zu 4 Wochen - geplant?</p>	<p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte genaue Dauer, Grund und Reiseziel angeben <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> </p>
<p>8.2. Sollen wir für aktuell laufende Schadensfälle (die nicht bereits über uns gemeldet wurden) tätig werden?</p>	<p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Schadensfälle nennen <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> </p>
<p>8.3. Liegen weitere besondere und ungewöhnliche Risikosituationen vor, nach denen bis jetzt nicht ausdrücklich gefragt wurde?</p>	<p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> </p>

9. Abwicklung	
9.1. Kommen Sie auf uns zu, wenn Sie eine Überprüfung oder Änderung der Verträge wünschen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn nein , wie soll die Betreuung erfolgen? <input type="text"/>
9.2. Sind Sie damit einverstanden, dass wir Ihnen Informationen per Fax, per Telefon, oder (unverschlüsselter) Email zukommen lassen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , Fax / Email <input type="text"/>
9.3. Können wir von Ihrem Steuerberater bei Bedarf direkt Auskünfte einholen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , Anschrift Steuerberater <input type="text"/>
10. Kundenzufriedenheit und Allgemeines	
10.1. Wie zufrieden sind Sie mit unserer Betreuung? Können wir unsere Betreuung für Sie verbessern?	<input type="text"/>
10.2. Würden sie unsere Dienstleistung weiterempfehlen?	<input type="text"/>
10.3. Liegt ein Maklervertrag / - vollmacht vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Vertrag heute erneuert.
11. Sonstige Hinweise, Bemerkungen	<input type="text"/>
Bitte beachten:	Bei der Vermittlung von Lebensversicherungen oder Unfallversicherungen mit Beitragsrückgewähr ist eine Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz nötig.
12. Risikorelevante Fragen und Belehrung	Bei den Fragen handelt es sich um Fragen zu Ihrer persönlichen Risikosituation. Sie bilden die Basis der Beratung. Unvollständige und unrichtige Angaben lassen nur eine eingeschränkte Analyse zu. Bitte informieren Sie uns daher unbedingt, wenn sich Änderungen ergeben, damit Ihr Versicherungsschutz überprüft und gfls. angepasst werden kann.
Datum, Unterschrift des Versicherungsmaklers	Datum, Unterschrift des Kunden
Interne Notizen	

■ / Risikoerfassung Privat – Personenvers./Altersvorsorge | Seite 7/7

Mitarbeiter:

Datum :

Uhrzeit: von

bis

telefonische Erfassung schriftliche Kundenangaben

persönliche Besprechung

im Maklerbüro beim Kunden

Rev. 007 vom 17.07.2014