

Unsere Kontaktdaten:

netzwerk freier finanzberater Thomas Kliem GmbH & Co. KG
Perelsplatz 11
12159 Berlin
Tel.: 030 62203322
Mobil: 0177 5058491
Fax: 030 79741391
Mail: thomas.kliem@ihr-fachmakler.de

Absicherung der Arbeitskraft / Unfallversicherung etc.

Datenerhebung / Erstgespräch

Name, Vorname Geburtsdatum	
Nationalität Familienstand Anzahl der Kinder im Haushalt	
Anschrift	
Telefon Email	
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein, seit _____ nicht mehr.
Größe, derzeitiges Gewicht	_____ cm _____ kg
Ausbildung / Studium als	
Genauere Berufsbezeichnung / Akademischer Grad	
Beruflicher Status	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/Angestellter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Selbständig
Ist beruflich oder privat ein längerer Auslandsaufenthalt geplant?	<input type="checkbox"/> Ja, in _____ <input type="checkbox"/> Nein
Wie lange üben Sie Ihren Beruf bereits aus?	Seit: _____
Steht ein Berufswechsel an?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, als _____
Stehen private Änderungen an? (Heirat, Geburt, Hausbau?)	<input type="checkbox"/> Ja _____ <input type="checkbox"/> Nein
Gewünschte monatliche Rente / einmalige Kapitalzahlung	_____ € Rente _____ € Einmalzahlung
Anteil der körperlichen Berufstätigkeit an der Gesamtarbeitszeit	_____ % sitzende Tätigkeit _____ % körperliche Tätigkeit
Anteil der Berufstätigkeit an einem festen Arbeitsplatz	_____ % fester Platz _____ % Außendienst
Besitzen Sie Personalverantwortung?	_____ Personen

Sind Sie beruflich besonderen Gefahren ausgesetzt? z.B. Umgang mit explosiven, giftigen, radioaktiven oder anderen gefährlichen Stoffen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: _____
Wünschen Sie eine Karenzzeit?	<input type="checkbox"/> Nein (empfehlenswert) <input type="checkbox"/> Ja, von 6 Monaten <input type="checkbox"/> Ja, von 12 Monaten <input type="checkbox"/> Ja, von 24 Monaten
In welchem Alter soll der Versicherungsschutz enden (Versicherungsdauer)?	<input type="checkbox"/> Endalter 67 <input type="checkbox"/> Endalter 65 <input type="checkbox"/> Endalter 60
In welchem Alter soll die Leistung (Rente) der Versicherung enden (Leistungsdauer)?	<input type="checkbox"/> Endalter 67 <input type="checkbox"/> Endalter 65 <input type="checkbox"/> Endalter 60
Welcher Hobbystatus soll berücksichtigt werden?	Bitte angeben, welche Hobbys Sie regelmäßig ausüben: _____ _____
Gewünschte Zahlungsweise (empfehlenswert ist jährlich)	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> ¼ jährlich <input type="checkbox"/> ½ jährlich <input type="checkbox"/> jährlich
Garantierte Rentendynamik im Leistungsfall erwünscht?	<input type="checkbox"/> Ja, _____ % <input type="checkbox"/> Nein
Beitragsdynamik mit steigender Rentenleistung erwünscht?	<input type="checkbox"/> Ja, _____ % <input type="checkbox"/> Nein
Wurden bereits Anträge bei Versicherern eingereicht und abgelehnt oder mit Risikozuschlag versehen oder wurden Leistungen ausgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Ja, Datum: _____ Gesellschaft: _____ <input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Krankentagegeldversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja, bei _____ KT: _____ € ab _____ Tag <input type="checkbox"/> Nein

Einkommenssituation

Jahres-Nettoeinkommen: _____ €

Jahres-Bruttoeinkommen: _____ €

Lebenshaltungskosten (Miete, Finanzierung, Nebenkosten, Strom, Versicherungen, Urlaub, finanzielle Verpflichtungen, Kinder, Sparen etc.) _____ €

Abzüglich:

Sichere, regelmäßige Einkommen aus

- Vermietung und Verpachtung _____ €

- Vermögen (Zinserträge) _____ €
- Unternehmensbeteiligungen _____ €
- Sonstiges und zwar: _____ €

Für Beamte:

bereits erworbene Ansprüche auf ein Ruhegehalt bei Dienstunfähigkeit _____ €

(falls unbekannt: Anzahl Kinder: _____ Eintritt ins Berufsleben: _____)

Besoldungsordnung: _____ Besoldungsgruppe: _____ Besoldungsstufe _____

Geplanter Ruhestand mit: 60 Jahren 63 Jahren 65 Jahren

Bereits vorhandene Anwartschaften / Ansprüche auf:

- Berufsunfähigkeitsrente _____ €
- Erwerbsminderungsrente _____ €
- aus der gesetzlichen Rentenversicherung _____ €
- aus der betrieblichen Absicherung _____ €
- aus einer privaten Berufsunfähigkeitsabsicherung _____ €
- Sonstige und zwar _____ €
- Versorgungslücke, die noch abgesichert werden sollte _____ €**

Ort und Datum: _____

Unterschrift Interessent

RISIKOVORANFRAGE BU VERSICHERUNG

Bitte ausfüllen und per Mail an: thomas.kliem@ihr-fachmakler.de

GESUNDHEITSFragen:

1.	Größe: _____ cm	Gewicht: _____ kg	
2.	Wurden in den letzten 10 Jahren stationäre Behandlungen, durchgeführt (auch Kuren und Reha, amb. OP) oder ist eine solche ärztlich empfohlen oder vorgesehen?		ja nein
3.	Werden oder wurden in den letzten 5 Jahren ambulante Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen von Ärzten, Heilpraktikern, Therapeuten, Psychologen oder Krankengymnasten wegen Krankheiten, Beschwerden, Störungen oder Unfallfolgen in folgenden Bereichen durchgeführt:		
3.1	Atmungsorgane (z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Tuberkulose, Schlafapnoe)		ja nein
3.2	Herz, Kreislauf, Venen (z.B. Herzkranzgefäße, Bluthochdruck, Schlaganfall, Venenentzündung)		ja nein
3.3	Harn- und Geschlechtskrankheiten (z.B. Blase, Brust, Nieren, Prostata, Unterleib)		ja nein
3.4	Verdauungsorgane (z.B. Darm, Galle, Magen, Leber, Bauchspeicheldrüse)		ja nein
3.5	Stoffwechsel (z.B. Diabetes, Cholesterin, Gicht, Schilddrüse)		ja nein
3.6	Augen (z.B. Fehlsichtigkeit, erhöhter Augendruck, grüner / grauer Star)		ja nein
3.7	Ohren (z.B. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus)		ja nein
3.8	Haut, Allergien (z.B. Neurodermitis, Heuschnupfen, Schuppenflechte)		ja nein
3.9	Gehirn (z.B. Multiple Sklerose, Migräne, Nervenentzündung)		ja nein
3.10	Psyche (z.B. Depressionen, Essstörung, Hyperaktivität, psychosomatische Störungen)		ja nein
3.11	Rücken (z.B. Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Ischias)		ja nein
3.12	Knochen (z.B. Arthrose, Rheuma, Bänderrisse, Brüche, Muskelschwund)		ja nein

3.13	Infektionen (z.B. Malaria, Tuberkulose)	ja nein
3.14	Blut- und Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Leukämie)	ja nein
4.	Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt?	ja nein
5.	Bestehen geistige oder körperliche Behinderungen, Beeinträchtigungen oder Störungen (Erwerbsminderung, Pflegebedürftigkeit, Schwerbehinderung oder Wehrdienstbeschädigung)?	ja nein
6.	Werden oder wurden in den letzten 10 Jahren Drogen, Betäubungsmittel oder Alkohol eingenommen oder werden oder wurden Sie wegen der Folgen des Konsums behandelt oder beraten?	ja nein
7.	Werden oder wurden wegen der unter den Pkt. 2-6 genannten Erkrankungen oder Beschwerden Medikamente verordnet oder eingenommen?	ja nein

Sobald eine der vorhergehenden Fragen mit „ja“ beantwortet wurde, sind in der nachstehenden Tabelle ausführliche Angaben zu machen. Reicht der Platz dafür nicht aus, sind Ergänzungen auf einem gesonderten Blatt vorzunehmen. All diese Unterlagen sind einem evtl. Antrag beizufügen. Gleiches gilt auch für eine etwaige Risikoeinschätzung der jeweiligen Gesellschaft und andere ärztliche Unterlagen.

Frage	Diagnose, Behandlungen, Untersuchungen, Operationen, Kuren, Beschwerden	Behandelnder Arzt, Praxis, Krankenhaus	AU Tage	Wie, wann, wie lange, wie oft	Medikation, Art, Dosierung	behandlungs- / beschwerdefrei seit wann