Finanz- und Versicherungsmakler

Bitte senden an:

netzwerk freier finanzberater Thomas Kliem GmbH & Co. KG Perelsplatz 11, 12159 Berlin

Fax: 030 79741391

Mail: thomas.kliem@ihr-fachmakler.de

Absicherung der Arbeitskraft

□ ledig□ verheiratet□ eheähnliche Gemeinschaft

Finanz- und Versicherungsmakler

Daten des Partners/der Part	nerin:	
Name, Vorname		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		
Telefon		
E-Mail		
Geburtsdatum, -ort		
Nationalität		
derzeitige/r Tätigkeit/Beruf		
	□ angestellt□ selbstständig□ verbeamtet	
	L verbeameet	
Anzahl der Kinder im Haushalt:		
Kind 1: Name, Vorname		
Geburtsdatum, -ort		
Kind 2:		
Name, Vorname		
Geburtsdatum, -ort		

Finanz- und Versicherungsmakler

Weitere Angaben

Ausbildung / Studium als			
Genaue Berufsbezeichnung/			
Akademischer Grad			
Beruflicher Status	□ angestellt	☐ selbstständig	\square verbeamtet
Ist beruflich oder privat ein längerer	☐ Ja, in		
Auslandsaufenthalt geplant?	☐ Nein		
Wie lange üben Sie Ihren Beruf bereits			
aus?			
Steht ein Berufswechsel an?	☐ Nein		
	☐ Ja, als		
Stehen private Änderungen an (z.B.	☐ Nein		
Heirat, Geburt, Hausbau)?	□ Ja:		
Gewünschte monatliche Rente in Euro			
Anteil der körperlichen Berufstätigkeit		_ % sitzende Tätigkei	t
an der Gesamtarbeitszeit		_ % körperliche Tätig	keit
Anteil der Berufstätigkeit an einem		_ % fester Platz	
festen Arbeitsplatz		_ % Außendienst	
Besitzen Sie Personalverantwortung?	☐ Nein		
	☐ Ja, Anzahl der Pers	sonen:	
Sind Sie beruflich besonderen Gefahren	☐ Nein		
ausgesetzt?	☐ Ja, und zwar:		
z.B. Umgang mit explosiven, giftigen,			
radioaktiven oder anderen gefährlichen			
Stoffen			
Wünschen Sie eine Karenzzeit?	☐ Nein <i>(empfehlens</i>)		
	☐ Ja, von 12 Monate	n □ Ja, von 24	Monaten
In welchem Alter soll der	☐ Endalter 67	☐ Endalter 65	☐ Endalter 60
Versicherungsschutz enden			
(Versicherungsdauer)?			
In welchem Alter soll die Leistung	☐ Endalter 67	☐ Endalter 65	☐ Endalter 60
(Rente) der Versicherung enden			
(Leistungsdauer)?	Ditto angahan walah	a Habbus Cia ragalmi	äßig ausübanı
Welcher Hobbystatus soll berücksichtigt werden?	Bitte angeben, weich	ie Hobbys Sie regelmä	aisig ausuben:
berucksichtigt werden:			
Gewünschte Zahlungsweise	□ monatlich □ ¼ j	jährlich 🗆 ½ jährlic	h □jährlich
(empfehlenswert ist jährlich)		_{данн} исн — /2 јаннис	шјаннен

Finanz- und Versicherungsmakler

Garantierte Rentendynamik im	□ Ja,%		
Leistungsfall erwünscht?	☐ Nein		
Beitragsdynamik mit steigender	□ Ja,%		
Rentenleistung erwünscht?	□ Nein		
Wurden bereits Anträge bei	☐ Ja, Datum:		
Versicherern eingereicht und	Gesellschaft:		
abgelehnt oder mit Risikozuschlag	□ Nein		
versehen oder wurden			
Leistungen ausgeschlossen?			
Besteht eine	□ Ja, bei€ ab		
Krankentagegeldversicherung?		Tag	
	☐ Nein		
Einkommenssituation Jahres-Nettoeinkommen:		€	
Jahres-Bruttoeinkommen:	_	€	
Lebenshaltungskosten (Miete, Final Versicherungen, Urlaub, finanzielle	nzierung, Nebenkosten, Strom, Verpflichtungen, Kinder, Sparen etc.) _	€	
Abzüglich:			
Sichere, regelmäßige Einkommen a	us		
- Vermietung und Verpachtung	_	€	
- Vermögen (Zinserträge)	_	€	
- Unternehmensbeteiligungen	_	€	
- Sonstiges	_	€	

Finanz- und Versicherungsmakler

Für Verbeamtete:						
bereits erworbene Ansprüche auf ein Ruhegehalt bei Dienstunfähigkeit						
falls unbekannt:						
Anzahl Kinder:	Eintritt ins Beru	ıfsleben:				
Besoldungsordnung:	Besoldungsgrup	ope:	_			
Besoldungsstufe:						
Geplanter Ruhestand mit: ☐ 60 Jahren	☐ 63 Jahren	☐ 65 Jahren				
Bereits vorhandene Anwartschaften / Ansprüch	ne auf:					
☐ Berufsunfähigkeitsrente			€			
☐ Erwerbsminderungsrente			€			
- aus der gesetzlichen Rentenversicherung			€			
- aus der betrieblichen Absicherung			€			
- aus einer privaten Berufsunfähigkeitsabsicher	ung		€			
- Sonstige			€			
Versorgungslücke, die noch abgesichert werde	en sollte		€			

Finanz- und Versicherungsmakler

GESUNDHEITSFRAGEN

Größe							
Gewich	t			_			
Rauche	Ö	□JA	□ NEIN	seit		nicht mehr	
							Τ_
01.	Kurer				re Behandlungen du eine solche ärztlich	•	□ JA □ NEIN
	Berat Psych	ungen o nologen o	der Untersuch oder Krankeng	nungen von Ärz gymnasten weg	ren ambulante Beha zten, Heilpraktikern, gen Krankheiten, Be Bereichen durchgef	Therapeuten, schwerden,	
02.				onchitis, Lunge	nentzündung, Tubei	kulose, Schlaf-	□ JA □ NEIN
03.	-		ı f, Venen: zgefäße, Bluth	ochdruck, Schl	aganfall, Venenentz	ündung	□ JA □ NEIN
04.	_		schlechtskran Ist, Nieren, Pro	kheiten: ostata, Unterle	eib		□ JA □ NEIN
05.		auungso Darm, Ga	_	ber, Bauchspe	icheldrüse		□ JA □ NEIN
06.		wechsel: Diabetes,		Gicht, Schilddri	üse		□ JA
07.	Auge z.B. F		gkeit, erhöhte	er Augendruck,	grüner/grauer Star		□ JA □ NEIN
08.	Ohre z.B. S		origkeit, Hörstı	urz, Tinnitus			□ JA □ NEIN
09.		, Allergie Ieuroder		nupfen, Schup	penflechte		□ JA □ NEIN
10.	Gehii z.B. N		Sklerose, Migr	äne, Nervener	ntzündung		□ JA □ NEIN
11.	Psych z.B. D		nen, Essstöru	ng, Hyperaktiv	ität, psychosomatis	che Störungen	□ JA □ NEIN
12.	Rück	en:					ПЈА

☐ NEIN

z.B. Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Ischias

Finanz- und Versicherungsmakler

13.	Knochen:	□JA
	z.B. Arthrose, Rheuma, Bänderrisse, Brüche, Muskelschwund	□ NEIN
14.	Infektionen:	□JA
	z.B. Malaria, Tuberkulose	☐ NEIN
15.	Blut- und Tumorerkrankungen:	□JA
	z.B. Krebs, Leukämie	☐ NEIN
16.	Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt?	□JA
		☐ NEIN
17.	Bestehen geistige oder körperliche Behinderungen, Beeinträchtigungen oder	□JA
	Störungen (Erwerbsminderung, Pflegebedürftigkeit, Schwerbehinderung oder	☐ NEIN
	Wehrdienstbeschädigung)?	
18.	Werden oder wurden in den letzten 10 Jahren Drogen oder Betäubungsmittel	□JA
	eingenommen oder werden oder wurden Sie wegen der Folgen des Konsums	☐ NEIN
	von Drogen, Alkohol oder Betäubungsmitteln behandelt oder beraten?	
19.	Werden oder wurden wegen der genannten Erkrankungen oder Beschwerden	□JA
	Medikamente verordnet oder eingenommen?	☐ 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.

Frage Nr.	Einzelheiten zu Diagnose, Krankheit, Unfall etc.	Art der Behandlung / Medikamente	Wann? Wie lange? Wie häufig?	Tage	Seit wann geheilt? Letzte Behandlung / Untersuchung?	Folgen?

Finanz- und Versicherungsmakler

Ort, Datum	 		

Unterschrift