

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

HENGSTENBERG & PARTNER GmbH  
 Versicherungsmakler  
 Sendlinger-Tor-Platz 11 • 80336 München  
 Tel.: 089 - 54838-0  
 Fax: 089 - 54838-199  
 willkommen@hbup.de  
 http://www.hbup.de

**Persönlicher Ansprechpartner:**

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Karrieresprung:</b>  | <input type="checkbox"/> ab <input type="checkbox"/> seit <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>  |
| Neue Stellung im Unternehmen:  | <input type="text"/>  |
| Ist der Karrieresprung auf eine besondere Qualifizierungsmaßnahme zurück zu führen (Studienabschluss, weitere Ausbildung)?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Wenn <b>ja</b> , auf welche?<br><input type="text"/>   |
| Hat sich Ihre Tätigkeit geändert?<br>z.B. aufsichtsführend (Anzahl der Mitarbeiter!), beratend, im Innen-/Außendienst tätig. | <input type="text"/>  |
| Neues Bruttoeinkommen:   | <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährlich  |
| Neues Nettoeinkommen:  | <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährlich  |
| Vorheriges Bruttoeinkommen:  | <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährlich  |
| <input type="checkbox"/> <b>Arbeitslosigkeit:</b>  | <input type="checkbox"/> ab <input type="checkbox"/> seit <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>  |
| Einige Versicherer bieten eine Beitragsfreistellung bei Arbeitslosigkeit an.   | Soll dies mit berücksichtigt werden?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   |
| Anspruch auf Leistung durch Bundesagentur für Arbeit etc.?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ab/seit <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/><br>Wenn <b>ja</b> , auf welche?<br><input type="text"/>   |
| Ist die Arbeitslosigkeit befristet?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, endet zum <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/><br>wegen:<br><input type="checkbox"/> Anstellung als <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> Selbständigkeit als <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> Altersrente<br><input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente<br><input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsrente |
| <b>Versicherungen:</b>   | Hinweis: Grundsätzlich neue Berufsgruppeneinstufung prüfen!   |

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>betriebliche Altersvorsorge</b>   |  |
| Soll der bestehende Vertrag erhöht werden?<br>Soll der bestehende Vertrag beitragsfrei gestellt werden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Erfassungsbogen bAV verwenden<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |
| <input type="checkbox"/> <b>VWL-Vertrag</b>   |  |
| Soll ein VWL-Vertrag abgeschlossen werden?<br>Soll ein bestehender Vertrag verändert werden?            | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl. Beitrag [ ] €<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> Beitragsfreistellung  |
| <input type="checkbox"/> <b>Kfz-Versicherung</b>  | <input type="checkbox"/> neue Jahreskilometerfahrleistung [ ] .000 km<br><input type="checkbox"/> neuer Fahrerkreis [ ]<br><input type="checkbox"/> sonstige Änderungen [ ]<br><input type="checkbox"/> keine Änderungen   |
| <input type="checkbox"/> <b>Krankenversicherung</b>   | Hinweis: Grundsätzlich kann sich durch eine berufliche Veränderung auch eine Änderung bei der Krankenversicherung ergeben. Je nachdem, ob Sie bisher gesetzlich oder privat versichert waren, muss Ihre Krankenversicherung ggf. an die neue Situation angepasst werden: |
| Wie waren Sie bisher krankenversichert?<br>Bei welchem Krankenversicherer?                              | <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat<br>[ ]   |
| <input type="checkbox"/> <b>Krankentagegeldversicherung</b>   | Hinweis: Prüfung, ob weiterhin gKV-Pflicht besteht! Aktuelle Einkommensgrenzen beachten.   |
| Sollen die aktuell vereinbarten Tagessätze verändert werden?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, auf [ ] € tgl.<br>bei Arbeitslosigkeit:<br><input type="checkbox"/> Umstellung auf Anwartschaft<br><input type="checkbox"/> Reduzierung auf [ ] € pro Tag   |
| <input type="checkbox"/> <b>Unfallversicherung</b>  |  |
| Sollen die Versicherungssummen angepasst werden?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Wenn <b>ja</b> , welche Änderungen werden gewünscht?<br>[ ]   |
| Überprüfung der Berufsgruppe:   | <input type="checkbox"/> unverändert <input type="checkbox"/> neu [ ]  |
| <input type="checkbox"/> <b>Risikolebensversicherungen</b>  | Hinweis: Bestehende Versicherungen auf Nachversicherungsoption prüfen (Erhöhung der Versicherungssummen ohne erneute Gesundheitsprüfung)!  |
| Sollen die Versicherungssummen geändert werden?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Wenn <b>ja</b> , welche Änderungen werden gewünscht?<br>[ ]   |

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Berufsunfähigkeitsversicherung</b>  | Hinweis: Bestehende Versicherungen auf Nachversicherungsoption prüfen (Erhöhung der Versicherungssummen ohne erneute Gesundheitsprüfung)!   |
| Sollen die bestehenden Berufsunfähigkeitsversicherungen hinsichtlich der bestehenden Rentenhöhe und des aktuellen Bedarfs überprüft werden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   |
| <input type="checkbox"/> <b>Lebens- und Rentenversicherung</b>  |   |
| Sollen steuerbegünstigte Versicherungen hinsichtlich der geänderten steuerlichen Veranlagung überprüft werden?                              | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   |
| Soll eine grundsätzliche Überprüfung des Vorsorgeziels erfolgen?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   |
| <b>Sonstiges:</b>   | <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>  |
| <b>Unterschriften:</b>  |   |
| _____<br>Datum, Unterschrift des Versicherungsmaklers   | _____<br>Datum, Unterschrift des Kunden   |
| <b>Interne Notizen</b>  |   |
| Mitarbeiter: <input type="text"/><br>Datum : <input type="text"/><br>Uhrzeit: von <input type="text"/> bis <input type="text"/>             | <input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben<br><input type="checkbox"/> persönliche Besprechung<br><input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden<br><input type="checkbox"/> <input type="text"/> |
| Rev002 vom 04.09.2018   |   |