



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:**

Abteilung Versicherungsmakler  
 Tel.: 089 - 54838-100  
 Fax: 089 - 54838-101  
 versicherungsmakler@hbup.de

Versicherte Personen	
1. Versicherte Person (VP1) Name, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geschlecht usw. der zu versichernden Person.	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Name</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Geburtsdatum</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Geburtsort</div> Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich ledig <input type="checkbox"/> verheiratet Nichtraucher <input type="checkbox"/> Raucher Nichtakademiker <input type="checkbox"/> Akademiker höchster Schulabschluss: <input type="text"/> abgeschlossene Berufsausbildung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als <input type="text"/> Kein Motorradfahrer <input type="checkbox"/> Motorradfahrer Jahresbruttoeinkommen: <input type="text"/> € Steuer-Identifikationsnummer: <input type="text"/> Personalausweisnummer: <input type="text"/> Nationalität: <input type="text"/>
2. Versicherte Person (VP2) Name, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geschlecht usw. der zu versichernden Person.	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Name</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Geburtsdatum</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Geburtsort</div> Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich ledig <input type="checkbox"/> verheiratet Nichtraucher <input type="checkbox"/> Raucher Nichtakademiker <input type="checkbox"/> Akademiker höchster Schulabschluss: <input type="text"/> abgeschlossene Berufsausbildung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als <input type="text"/> Kein Motorradfahrer <input type="checkbox"/> Motorradfahrer Jahresbruttoeinkommen: <input type="text"/> € Steuer-Identifikationsnummer: <input type="text"/> Personalausweisnummer: <input type="text"/> Nationalität: <input type="text"/>

<b>Vertragsdetails</b>	
gewünschte Vertragskonstellation	<input type="checkbox"/> Einzelvertrag (nur eine versicherte Person) <input type="checkbox"/> Verbundene Leben (zwei versicherte Personen) <input type="checkbox"/> Über-Kreuz-Versicherung (zwei versicherte Personen; steueroptimiert)
Verwendungszweck	<input type="checkbox"/> Immobilienfinanzierung: Restschuld: <input type="text"/> €, Stand: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> sonstige Verwendung <input type="text"/>
<b>Vertragszeiten</b>	
Versicherungsbeginn	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
Berechnung nach	<input type="checkbox"/> Versicherungsdauer = <input type="text"/> Jahre <input type="checkbox"/> Ablaufalter = <input type="text"/> Jahre
<b>Berechnungsvorgaben</b>	
Berechnungsvorgabe	<input type="checkbox"/> nach Versicherungssumme <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> nach Beitrag <input type="text"/> € (s. Zahlweise) <input type="checkbox"/> nach Beitragsdepot <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
Dynamisierung gewünscht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> % p.a.
<b>Überschussverwendung</b>	
In der Ansparphase	<input type="checkbox"/> optimiert <input type="checkbox"/> Gewinnverrechnung <input type="checkbox"/> Todesfallbonus <input type="checkbox"/> Verzinsliche Ansammlung <input type="checkbox"/> Fondsansammlung <input type="checkbox"/> Sofortbonus
Schätzung der Fondsentwicklung	<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 3% <input type="checkbox"/> 6% <input type="checkbox"/> 9%
<b>Tarifbausteine</b>	
Todesfallschutz	<input type="checkbox"/> konstante Todesfalleistung <input type="checkbox"/> linear fallende Todesfalleistung <input type="checkbox"/> progressiv fallende Todesfalleistung
<b>Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung</b>	<input type="checkbox"/> keine (weitere Angaben entfallen)
gewünschte Absicherung	<input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung <input type="checkbox"/> Dynamisierung der Hauptversicherung im Leistungsfall <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsrente

für  
am .

bei Einschluss BU-Rente:	<input type="checkbox"/> Dynamisierung der Hauptversicherung im Leistungsfall
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"/> Monate
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
<b>Angaben zum Beruf von Person 1</b>	
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
<b>Angaben zum Beruf von Person 2</b>	
Genauere Berufsbezeichnung - evtl. Zusatzfragebogen Beruf nutzen bzw. Tätigkeit beschreiben	<input type="text"/>

für  
. am .

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
<b>Gesundheitsfragen 1. versicherte Person</b> <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 <b>ja</b> , bei welcher? <input type="text"/>
Leiden oder litten Sie in den letzten <b>5</b> Jahren an Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen oder sonstigen Gesundheitsstörungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , welche + Details? <input type="text"/>
Fanden in den letzten <b>5</b> Jahren ambulante Untersuchungen von Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, oder anderen Heilbehndlern statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , welche + Details? <input type="text"/>

für  
am .

<p>Fanden in den letzten <b>10</b> 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 <b>ja</b>, welche + Details?</p>
<p>Wurde in den letzten <b>10</b> Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, welche + Details?</p>
<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><b>Gesundheitsfragen 2. versicherte Person</b> <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 <b>ja</b>, bei welcher? <input type="text"/></p>
<p>Leiden oder litten Sie in den letzten <b>5</b> Jahren an Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen oder sonstigen Gesundheitsstörungen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, welche + Details?</p>
<p>Fanden in den letzten <b>5</b> Jahren ambulante Untersuchungen von Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, oder anderen Heilbehndlern statt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, welche + Details?</p>
<p>Fanden in den letzten <b>10</b> 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 <b>ja</b>, welche + Details?</p>

für  
. am .

Wurde in den letzten <b>10</b> Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , welche + Details? <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
Besteht eine Fehlsichtigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Dioptrien links: <input type="text"/> Dioptrien rechts: <input type="text"/>
<b>Weitere Risikoabsicherungen</b>	
Werden weitere Risikoabsicherungen oder Einschlüsse gewünscht?	<input type="checkbox"/> Erhöhte Leistung bei Unfalltod <input type="checkbox"/> Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Dread-Disease <input type="checkbox"/> Kranken(-tagegeld)versicherung
<b>Sonstige Hinweise, Bemerkungen</b>	<div style="border: 1px solid black; height: 70px; width: 100%;"></div>
<b>Unterschrift</b>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <hr style="width: 20%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> Datum, Unterschrift
<b>Interne Notizen</b>	
Mitarbeiter: <input type="text"/> Datum : <input type="text"/> Uhrzeit: von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<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"/>
Rev006 vom 15.08.2016	

für  
.  
am .