

# Dokumentation der Beratung von Lebensversicherungsprodukten

Vermittler/in  w  m Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Register-Nr. \_\_\_\_\_

Der/Die Versicherungsvermittler/in ist

- Versicherungsmakler/in bzw. Berater/in in Versicherungsangelegenheiten
- Ausschließlichkeitsagent/in  
Agent/in ist vertraglich gebundene/r Versicherungsagent/in der \_\_\_\_\_ und vertreibt ausschließlich Produkte dieser Versicherung.  
Name der Versicherung
- Mehrfachagent/in  
Der/Die Vermittler/in ist als Mehrfachagent/in für verschiedene Versicherungsgesellschaften tätig.
- mit miteinander konkurrierenden Produkten
- mit miteinander nicht konkurrierenden Produkten

Der/Die Agent/in ist vertraglich gebundene/r Versicherungsagent/in. Er/Sie stützt seinen/ihren Rat (aufgrund der vertraglichen Bindung) ausschließlich auf Produkte der angeführten Versicherung und nicht auf eine umfassende Marktuntersuchung.

- Der/Die Vermittler/in ist mit mehr als 10 % an den Stimmrechten oder dem Kapital der \_\_\_\_\_ Vers. AG beteiligt.
- Die \_\_\_\_\_ Vers. AG ist mit mehr als 10 % an den Stimmrechten oder dem Kapital des/der Vermittlers/in beteiligt.

Zusätzliche Informationen \_\_\_\_\_

Kunde/in  w  m Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

Familienstand  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet  Lebensgemeinschaft

Beruf  angestellt  Beamter  selbstständig Sonstiges \_\_\_\_\_

Ausgeübte Tätigkeit \_\_\_\_\_ Branche \_\_\_\_\_

Partner/in Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

Beruf  angestellt  Beamter  selbstständig Sonstiges \_\_\_\_\_

Kinder Anzahl Kinder \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Kind 1 \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

Geburtsdatum Kind 2 \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

Geburtsdatum Kind 3 \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

Geburtsdatum Kind 4 \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

Geburtsdatum Kind 5 \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

Geburtsdatum Kind 6 \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

Anlass der Beratung

Der Kunde möchte beraten werden zur:

Absicherung für den Fall der Berufsunfähigkeit/Invalidität oder des Ablebens

Vermögensaufbau

Private Altersvorsorge

Sonstige \_\_\_\_\_

Datum  Tag  Monat  Jahr

Uhrzeit  Stunde  Minute

Gesprächsteilnehmer \_\_\_\_\_

**Welche Rahmenbedingungen sind für Sie besonders wichtig bei der Ausgestaltung Ihrer Vorsorge/Absicherung?**

Absicherung des Lebensstandards für den Fall der Berufsunfähigkeit

Prämienrückgewähr der eingezahlten Beiträge

Vorsorge für die Hinterbliebenen

Sonstige (Beschreibung unter „Weitere Wünsche und Bedürfnisse“)

Die Vorsorge soll möglichst flexibel während der Laufzeit sein

Laufende Zahlungen im Leistungsfall sollen regelmäßig steigen

Kapitalauszahlung

**Verwendung der Überschüsse:**

Bei Veränderung der Lebensumstände soll eine Anpassung einfach möglich sein

Als Sofortrabatt

Als Beitragsrückgewähr

Flexible Beitragszahlungen über Sonder-/Zuzahlungen

**Aufbau des Vorsorgekapitals:**

Im Todesfall sollen die Hinterbliebenen eine Kapitalleistung erhalten

Sicherheitsorientiert

Wachstumsorientiert

Sonstige (Beschreibung unter „Weitere Wünsche und Bedürfnisse“)

Chancenorientiert

Gewinnorientiert

Weitere Wünsche und Bedürfnisse:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ist Situation**

Anwartschaft auf:

Gesetzliche Pensionsversicherung

Regelalterspension  EUR

Berufsunfähigkeitspension  EUR

Hinterbliebenenpension  EUR

Betriebliche Altersvorsorge

Leistung  voraussichtlicher Wert in EUR

mtl. Alterspension

Kapital

Ablauf/Leistungsbeginn  Tag  Monat  Jahr

Leistung  voraussichtlicher Wert in EUR

mtl. Berufsunfähigkeitspension

Leistung  voraussichtlicher Wert in EUR

mtl. Hinterbliebenenpension

Abgedeckte Risiken  Alterspension

Berufsunfähigkeitspension

Hinterbliebenenpension

Bestehende Lebensversicherungsverträge

Nr. 1  Art der Versicherung

(Ablauf-) Leistung  EUR

Kapital

Monatsrente

Abgedeckte Risiken

Ablauf / Leistungsbeginn Tag/Monat/Jahr

Monatsbeitrag  EUR

Nr. 2  Art der Versicherung

(Ablauf-) Leistung  EUR

Kapital

Monatsrente

Abgedeckte Risiken

Ablauf / Leistungsbeginn Tag/Monat/Jahr

Monatsbeitrag  EUR

Nr. 3  Art der Versicherung

(Ablauf-) Leistung  EUR

Kapital

Monatsrente

Abgedeckte Risiken

Ablauf / Leistungsbeginn Tag/Monat/Jahr

Monatsbeitrag  EUR

Nicht abgedeckte Risiken

Es bestehen Versicherungsverträge, die für den Abschluss des neuen Versicherungsvertrags gekündigt, beitragsfrei oder beitragsreduziert werden

Nein  Ja Über daraus folgende mögliche Risiken bzw. Nachteile bin ich informiert worden.

Vertrag:  Für Kunden  Für Partner  Sonstige

Monatsbeitrag  EUR Unternehmen:

Weitere Verträge

Welchen Betrag können Sie pro Monat für die Existenzsicherung und/oder Altersvorsorge aufwenden? \_\_\_\_\_ EUR/Monat

Angestrebtes Versorgungsniveau (Nettoeinkommen) pro Monat: Kunde \_\_\_\_\_ EUR/Monat Partner \_\_\_\_\_ EUR/Monat

Empfehlung **Auf Grund der Wünsche und Bedürfnisse und der gegebenen Situation empfehle ich den Abschluss folgender Verträge:**

Versicherungsvorschlag 1: \_\_\_\_\_ Monatsbeitrag \_\_\_\_\_ EUR

Begründung: \_\_\_\_\_

Versicherungsvorschlag 2: \_\_\_\_\_ Monatsbeitrag \_\_\_\_\_ EUR

Begründung: \_\_\_\_\_

Versicherungsvorschlag 3: \_\_\_\_\_ Monatsbeitrag \_\_\_\_\_ EUR

Begründung: \_\_\_\_\_

Entscheidung des/der Kunden/in  Ich nehme den Rat uneingeschränkt an.  Ich nehme den Rat nur teilweise mit folgenden Änderungen an: \_\_\_\_\_

Ich nehme den Rat nicht an und schließe die erkannten Deckungslücken nicht.

Anmerkungen/weiteres Vorgehen/weitere Anlagen \_\_\_\_\_

Informationen zur Beratung  Nicht ausgefüllte Bereiche dieses Dokuments sind bereits im Zuge einer weiteren Dokumentation abgefragt und festgehalten. \_\_\_\_\_

Datenschutzerklärung/Kontakt-aufnahme Der/die Kunde/in willigt ein, dass bei dem Vermittler bzw dem Vermittlerunternehmen die Inhalte dieser Dokumentation der Beratung nebst der oben beschriebenen Anlagen auch in elektronischer Form abgespeichert werden. Soweit dies zur weiteren Betreuung des/der Kunden/in erforderlich ist, kann der Vermittler bzw. das Vermittlerunternehmen auf die Inhalte dieser Dokumentation zurückgreifen. Der Vermittler bzw. das Vermittlerunternehmen verpflichten sich, die Regeln des Datenschutzgesetzes zu beachten. Insbesondere stellen sie sicher, dass kein Unbefugter diese Daten nutzen kann.

Der/die Kunde/in willigt ein, dass der Vermittler bzw. das Vermittlerunternehmen mit ihm auf den zur Verfügung stehenden Kommunikationswegen (Telefon, Post, E-Mail) Kontakt aufnehmen kann. Der/die Kunde/in ermächtigt den Vermittler bzw. das Vermittlerunternehmen, diese Dokumentation an den Versicherer weiterzuleiten, für den ein Vertrag vermittelt wird.

**„Mir ist ausreichend Gelegenheit gegeben worden, den Inhalt dieses Protokolls zur Kenntnis zu nehmen. Mir wurde darüber hinaus angeboten, etwaige Unstimmigkeiten oder Fehler zu berichtigen. Solche sind mir jedoch nicht aufgefallen. Ich bestätige daher, dass diese Beratung so stattgefunden hat und die wesentlichen Inhalte korrekt wiedergegeben sind. Mir ist bewusst, dass der Vermittler auf Grund meiner Angaben, die in diesem Protokoll wiedergegeben werden, die Beratung durchgeführt und die Angebote unterbreitet hat.“**

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Kunde 

Unterschrift Vermittler 

Hinweis für den Vermittler Beachten Sie die bei der Verwendung die „Informationen zur Dokumentation der Beratung von Lebensversicherungsprodukten“.