

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“.