



Kundenbasisdaten:

Kunde

(Ehe-) Partner

Anrede:	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau
Titel:	_____	_____
Name:	_____	_____
Vorname:	_____	_____
Anschrift:	_____	
Telefon:	privat: _____	privat: _____
	dienstlich: _____	dienstlich: _____
	mobil: _____	mobil: _____
Telefax:	privat: _____	privat: _____
	dienstlich: _____	dienstlich: _____
E-Mail:	privat: _____	privat: _____
	dienstlich: _____	dienstlich: _____
Internetadresse:	_____	
Erreichbarkeit:	_____	
Geburtsdatum:	_____	
Familienstand:	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig/allein stehend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> verpartnert	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig/allein stehend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> verpartnert
Wohnungssituation:	<input type="checkbox"/> Miete im Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Miete im Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Eigenes Haus	
	Ergänzungen:	
	<input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> Ich/Wir beabsichtige(n) zu bauen <input type="checkbox"/> Ich/Wir plane/n einen längerfristigen Auslandsaufenthalt	
	Wer: _____	
	Dauer: _____	
	Land: _____	
	Dortige berufliche Tätigkeit (welche) oder privat? _____	



Beruf und ausgeübte Tätigkeit

tätig als: _____

- nicht erwerbstätig:
 - arbeitslos
 - Hausfrau/Hausmann
 - Versorgungsempfänger
 - in Ausbildung
 - Mutterschaftsurlaub/
Erziehungszeiten

- angestellt
- freiberuflich
- selbständig in der Rechtsform als:

- Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst
- Arbeitnehmern im öffentlichen Dienst
gleichgestellt
- Beamter seit _____
 - auf Widerruf
 - auf Probe
 - auf Lebenszeit

Sonderstatus¹: _____

- Mitarbeitender Familienangehöriger
- Besonderheiten²: _____

Ausbildung³ _____

- Ja, mit ____% Anteil an der
Gesellschaft mit Form _____
- Nein

Gesetzlicher Vertreter einer juristischen Person?⁴

tätig als: _____

- nicht erwerbstätig:
 - arbeitslos
 - Hausfrau/Hausmann
 - Versorgungsempfänger
 - in Ausbildung
 - Mutterschaftsurlaub/
Erziehungszeiten

- angestellt
- freiberuflich
- selbständig in der Rechtsform als:

- Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst
- Arbeitnehmern im öffentlichen Dienst
gleichgestellt
- Beamter seit _____
 - auf Widerruf
 - auf Probe
 - auf Lebenszeit

Sonderstatus: _____

- Mitarbeitender Familienangehöriger
- Besonderheiten: _____

Ausbildung _____

- Ja, mit ____% Anteil an der
Gesellschaft mit Form _____
- Nein

¹ Beispiele: Richter, Soldaten, Hochschullehrer, Polizisten etc.

² Beispiel: geplantes Sabbatjahr oder Details zur Feststellung des Berufsrisikos

³ Beispiele: Schulabschluss, Lehre, Hochschulabschluss etc.

⁴ Beispiel: Vorstand einer AG oder Geschäftsführer einer GmbH.



Kinder:

- | | |
|---|---|
| <p>1) _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum)
<input type="checkbox"/> wohnt bei mir <input type="checkbox"/> wohnt nicht bei mir
<input type="checkbox"/> z. Zt. in Schule / Ausbildung /
Studium / Wehr-/Zivildienst bis
voraussichtlich: _____</p> | <p>1) _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum)
<input type="checkbox"/> wohnt bei mir <input type="checkbox"/> wohnt nicht bei mir
<input type="checkbox"/> z. Zt. in Schule / Ausbildung /
Studium / Wehr-/Zivildienst bis
voraussichtlich: _____</p> |
| <p>2) _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum)
<input type="checkbox"/> wohnt bei mir <input type="checkbox"/> wohnt nicht bei mir
<input type="checkbox"/> z. Zt. in Schule / Ausbildung /
Studium / Wehr-/Zivildienst bis
voraussichtlich: _____</p> | <p>2) _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum)
<input type="checkbox"/> wohnt bei mir <input type="checkbox"/> wohnt nicht bei mir
<input type="checkbox"/> z. Zt. in Schule / Ausbildung /
Studium / Wehr-/Zivildienst bis
voraussichtlich: _____</p> |
| <p>3) _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum)
<input type="checkbox"/> wohnt bei mir <input type="checkbox"/> wohnt nicht bei mir
<input type="checkbox"/> z. Zt. in Schule / Ausbildung /
Studium / Wehr-/Zivildienst bis
voraussichtlich: _____</p> | <p>3) _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum)
<input type="checkbox"/> wohnt bei mir <input type="checkbox"/> wohnt nicht bei mir
<input type="checkbox"/> z. Zt. in Schule / Ausbildung /
Studium / Wehr-/Zivildienst bis
voraussichtlich: _____</p> |
| <p>4) _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum)
<input type="checkbox"/> wohnt bei mir <input type="checkbox"/> wohnt nicht bei mir
<input type="checkbox"/> z. Zt. in Schule / Ausbildung /
Studium / Wehr-/Zivildienst bis
voraussichtlich: _____</p> | <p>4) _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum)
<input type="checkbox"/> wohnt bei mir <input type="checkbox"/> wohnt nicht bei mir
<input type="checkbox"/> z. Zt. in Schule / Ausbildung /
Studium / Wehr-/Zivildienst bis
voraussichtlich: _____</p> |

**Weitere Personen
im Haushalt:**

- 1) _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(etwaiges Verwandtschafts-/Dienstverhältnis)

Familienplanung:

Gesprächspartner und
weitere Anwesende

Beratungsort und Datum:

Unterschrift Kunde

Unterschrift Vermittler



Optionale Kundenbasisdaten⁵ (bei Beratung zur Versorgungs- bzw. Krankenabsicherung)

Details zum Beruf	Kunde	(Ehe-) Partner
Derzeit ausgeübte Tätigkeit	_____	_____
Anteil Bürotätigkeit	_____ %	_____ %
Anteil Reisetätigkeit	_____ %	_____ %
Anteil körperliche / künstlerische Tätigkeit	_____ %	_____ %
Personalverantwortung	für _____ Personen	für _____ Personen
Angestrebter Beruf	_____	_____
Höchster Bildungsabschluss ⁶	_____	_____
Höchste Aus- bzw. Weiterbildung ⁷	_____	_____
Name des Arbeitgebers	_____	_____
Möglichkeiten der bAV beim aktuellen Arbeitgeber	_____	_____
Zeitkontenmodelle beim akt. Arbeitgeb.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____
Tarifvertrag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____
Vermögenswirksame Leistungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____
Aktuelles mtl. Nettoeinkommen	_____ € <input type="checkbox"/> Keine Angabe	_____ € <input type="checkbox"/> Keine Angabe
Aktuelles mtl. Bruttoeinkommen	_____ € <input type="checkbox"/> Keine Angabe	_____ € <input type="checkbox"/> Keine Angabe
Geschätztes Nettovermögen	_____ € <input type="checkbox"/> Keine Angabe	_____ € <input type="checkbox"/> Keine Angabe

Details zur Person	Kunde	(Ehe-) Partner
Größe und Gewicht	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg
Raucher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Risikobehaftete Sportarten oder Hobbies ⁸	_____	_____
Vorerkrankungen letzte 5 Jahre ⁹ (ggf. Anlage nutzen)	_____ _____ _____	_____ _____ _____

⁵ Daten werden bei der Risikoanalyse in den Bereichen Krankenversicherung und Versorgung (Arbeitskraftabsicherung, Todesfallabsicherung, Pflegefallabsicherung) benötigt.

⁶ Z. B. Bachelor, Master, Diplom

⁷ z. B. Meister, Abschluss Handwerkskammer, IHK-Abschluss

⁸ Kampf- oder Motorsport o. ä.

⁹ Allergien, Psyche, Herz-Kreislauf, Innere Organe, Wirbelsäule/Gelenke, Stoffwechsel, HIV/AIDS, chronische Erkrankungen (z. B. Asthma, Gicht, Morbus Crohn, usw.). Die detaillierte Erfassung bestehender Erkrankungen erfolgt im Rahmen der Antragsaufnahme. Dort muss exakt und wahrheitsgemäß auf die dort gestellten Fragen geantwortet werden. Darüber hinaus sind keine Angaben notwendig.



Stationäre Behandlungen in den
letzten 10 Jahren (welche?)

Ja Nein

Ja Nein

Regelmäßige Einnahme von
Medikamenten (welche?)

Ja Nein:

Ja Nein

Sonstiges

Krankenversicherungsstatus

Kunde

- GKV-Pflicht
- freiwillige GKV
- Krankenvollversicherung
- Beihilfe (ausschließlich)
- Beihilfe und Restkostenversi.
- Freie Heilfürsorge
- keine Krankenversicherung

(Ehe-) Partner

- GKV-Pflicht
- freiwillige GKV
- Krankenvollversicherung
- Beihilfe (ausschließlich)
- Beihilfe und Restkostenversi.
- Freie Heilfürsorge
- keine Krankenversicherung

Krankenkasse, sofern Mitglied

Kindergeldnummer(n)

Steueridentnummer(n)

Personalausweisdaten¹⁰

Gesprächspartner und
weitere Anwesende

Beratungsort und Datum:

Unterschrift Kunde

Unterschrift Vermittler

¹⁰ Personalausweisnummer, Ausstellende Behörde, Ausstellungsdatum, Geburtsort, gültig bis