

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

VKF Finanz GmbH

Zum Irrgarten 3 • 28844 Weyhe

Tel.: 0421-79282688

Fax: 0421-79282689

info@vkf-finanz.de

http://www.vkf-finanz.de

Persönlicher Ansprechpartner:

| | |
|--|---|
| 1. Persönliche Daten, Person 1 | <input type="checkbox"/> vollständig bekannt |
| Titel, Akad. Grad | <input type="text"/> |
| Name Vorname | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Anschrift | Straße: <input type="text"/> <input type="text"/> PLZ Ort: <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Geburtsdatum, Geburtsname | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Geburtsort / Nationalität | <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| Familienstand / Verhältnis zu Person 2 | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> anderer: <input type="text"/> |
| Sozialversicherungsnummer | <input type="text"/> |
| Steuer-Identifikationsnummer | <input type="text"/> |
| Steuerliche Veranlagung | Steuerklasse: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Grundtabelle <input type="checkbox"/> Splittingtabelle <input type="checkbox"/> Gütergemeinschaft <input type="checkbox"/> Gütertrennung <input type="checkbox"/> Zugewinnngemeinschaft |
| Kirchensteuerpflicht | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bundesland: <input type="text"/>) <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch |
| Testament vorhanden (z.B. Berliner Testament)? Vorsorgevollmacht vorhanden? Betreuungsvollmacht vorhanden? Sorgerechtsverfügung vorhanden? Patientenverfügung vorhanden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja: <input type="checkbox"/> vor / <input type="checkbox"/> nach dem 01.07.2016 |

Leben – Risikoerfassung Vorsorgeberater Erstkontakt / Seite 2/5

| | |
|--|--|
| Höchster Schulabschluss? | <input type="text"/> |
| Beruf | <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Tätigkeit überwiegend aufsichtsführend <input type="checkbox"/> Mitarbeiteranzahl <input type="text"/> (bei Selbstständigen - Personalverantwortung BU) |
| Berufsstatus | <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beamter (Besoldungsgruppe <input type="text"/>) <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/> |
| Arbeitgeber oder Name der eigenen Firma | <input type="text"/> Wenn Selbständig: Anzahl der Mitarbeiter: <input type="text"/> |
| Sind Sie Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH? Wenn ja, wie ist Ihr Status? Ist in Ihrem GGF-Vertrag die Dauer der Gehaltsfortzahlung geregelt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn "ja": <input type="checkbox"/> beherrschend <input type="checkbox"/> nicht beherrschend Dauer der Gehaltsfortzahlung <input type="text"/> |
| Durchschnittliches Brutto- / Nettoeinkommen: | <input type="text"/> € / <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährlich |
| Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> gesetzlich (<input type="checkbox"/> pflicht <input type="checkbox"/> freiwillig) <input type="checkbox"/> privat (Beihilfesatz: <input type="text"/> %) |
| Größe und Gewicht | <input type="text"/> cm, <input type="text"/> kg |
| Raucher | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Brillenträger | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Besondere Hinweise zu Beruf, Hobby oder sonstige risikorelevante Infos (Gesundheitszustand) | <input type="text"/> |
| Sind Vermögenswerte vorhanden, die verhältnismäßig schnell liquide gemacht werden können? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Höhe und aktuelle Anlageform nennen <input type="text"/> |
| Vollzug einer Schenkung in den letzten 10 Jahren? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 2. Persönliche Daten, Person 2 | <input type="checkbox"/> vollständig bekannt <input type="checkbox"/> entfällt |
| Titel, Akad. Grad | <input type="text"/> |
| Name | <input type="text"/> |
| Vorname | <input type="text"/> |

Leben – Risikoerfassung Vorsorgeberater Erstkontakt / Seite 3/5

| | |
|--|---|
| Anschrift | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum, Geburtsort | <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| Geburtsort / Nationalität | <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| Familienstand / Verhältnis zu Person 1 | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> anderer: <input type="text"/> |
| Sozialversicherungsnummer | <input type="text"/> |
| Steuernummer | <input type="text"/> |
| Kirchensteuerpflicht | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bundesland: <input type="text"/>) <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch |
| Testament vorhanden (z.B. Berliner Testament)? Vorsorgevollmacht vorhanden? Betreuungsvollmacht vorhanden? Sorgerechtsverfügung vorhanden? Patientenverfügung vorhanden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja : <input type="checkbox"/> vor / <input type="checkbox"/> nach dem 01.07.2016 |
| Höchster Schulabschluss? | <input type="text"/> |
| Beruf | <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Tätigkeit überwiegend aufsichtsführend <input type="checkbox"/> Mitarbeiteranzahl <input type="text"/> (bei Selbstständigen - Personalverantwortung BU) |
| Berufsstatus | <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beamter (Besoldungsgruppe <input type="text"/>) <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/> |
| Arbeitgeber oder Name der eigenen Firma | <input type="text"/> Wenn Selbständig: Anzahl der Mitarbeiter: <input type="text"/> |
| Sind Sie Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH? Wenn ja, wie ist Ihr Status? Ist in Ihrem GGF-Vertrag die Dauer der Gehaltsfortzahlung geregelt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn "ja": <input type="checkbox"/> beherrschend <input type="checkbox"/> nicht beherrschend Dauer der Gehaltsfortzahlung <input type="text"/> |
| Durchschnittliches Brutto- / Nettoeinkommen | <input type="text"/> € / <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährlich |
| Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> gesetzlich (<input type="checkbox"/> pflicht <input type="checkbox"/> freiwillig) <input type="checkbox"/> privat (Beihilfesatz: <input type="text"/> %) |

Leben – Risikoerfassung Vorsorgeberater Erstkontakt / Seite 4/5

| | |
|---|---|
| Größe und Gewicht | <input type="text"/> cm, <input type="text"/> kg |
| Raucher | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Brillenträger | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Besondere Hinweise zu Beruf, Hobby oder sonstige risikorelevante Infos (Gesundheitszustand) | <input type="text"/> |
| Sind Vermögenswerte vorhanden, die verhältnismäßig schnell liquide gemacht werden können? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Höhe und aktuelle Anlageform nennen <input type="text"/> |
| Vollzug einer Schenkung in den letzten 10 Jahren? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 3. Kinder | <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> separate Erfassung |
| 3.1. Kind 1: Name Vorname Geburtsdatum, Geburtsname Beruf | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3.2. Kind 2: Name Vorname Geburtsdatum, Geburtsname Beruf | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3.3. Kind 3: Name Vorname Geburtsdatum, Geburtsname Beruf | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4. Kommunikationsdaten | <input type="checkbox"/> vollständig bekannt |
| Telefon | Privat <input type="text"/> Mobil <input type="text"/> Geschäftlich <input type="text"/> |
| Fax | Privat <input type="text"/> Geschäftlich <input type="text"/> |
| E-Mail | Privat <input type="text"/> Geschäftlich <input type="text"/> |
| Homepage | <input type="text"/> |

| | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|
| 5. Bankverbindung | | | | | | |
| Konto Bankleitzahl Kontoinhaber, soweit abweichend Bank IBAN | <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 6. weitere Fragen | | | | | | |
| 6.1. Rechtsanwalt | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name, Anschrift, Kontaktdaten <table border="1"> <tr><td> </td></tr> </table> | | | | | |
| | | | | | | |
| 6.2. Steuerberater | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name, Anschrift, Kontaktdaten <table border="1"> <tr><td> </td></tr> </table> | | | | | |
| | | | | | | |
| 6.3. Vertrauensarzt | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name, Anschrift, Kontaktdaten <table border="1"> <tr><td> </td></tr> </table> | | | | | |
| | | | | | | |
| Interne Notizen | | | | | | |
| Mitarbeiter: <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> Datum : <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> Uhrzeit: von <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> bis <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> | | | | | <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"/> <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Rev. 003 vom 24.11.2020 | | | | | | |