

Beratungsprotokoll Personenversicherung (als Anlage zum Antrag)

Der Vermittler ist gesetzlich verpflichtet, Ihre Wünsche und Bedürfnisse nach Versicherungsschutz zu erfragen, Sie zu beraten, seinen Rat zu begründen und dies zu dokumentieren. Sie können auf die Beratung und die Dokumentation in Form einer gesonderten schriftlichen Erklärung verzichten.

Agenturstempel

VE	Personen-Nr. (Vers.-Nr.)	Abschlussverm. AD-Nr.	GKD-Nr.

Antragsteller/-in Name/Titel/Firmenname, Gesellschaftsform _____ Vorname _____
 Herr Straße, Postfach/ Zustellergängung _____ Haus-Nr. _____ Geburtsdatum _____
 Frau Postleitzahl, Wohnort _____

Weitere Gesprächsteilnehmer

Person 1	Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/>	Person 2	Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/>	Person 3	Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/>
Name/Titel _____		_____		_____	
Vorname _____		_____		_____	
Geburtsdatum _____		_____		_____	

(z. B. Änderung/Erweiterung eines bestehenden Vertrages, Neuabschluss einer Versicherung)

Grund des Gesprächs _____

Antragsdatum _____ **Anzahl Anträge** KV LV UV

Bereits bestehende Lösungen, die bei der Empfehlung zu berücksichtigen sind

In der Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> GKV pflichtversichert	<input type="checkbox"/> GKV freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> PKV Vollversicherung	<input type="checkbox"/> PKV Zusatzversicherung
In der RV in der BU	<input type="checkbox"/> RV pflichtversichert	<input type="checkbox"/> RV freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Sonstige Träger	<input type="checkbox"/> Private Vorsorge
In der UV/BG	<input type="checkbox"/> UV pflichtversichert	<input type="checkbox"/> UV freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Sonstige gesetzliche	<input type="checkbox"/> Private Vorsorge

Kundenwünsche (Krankenversicherung)

Absicherung der Krankheitskosten, des Verdienstauffalles und der Pflegekosten (Krankenversicherung)

Krankheitskostenvollversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Krankentagegeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krankheitskosten-Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Pflegezusatzversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Absicherung der Krankheitskosten-, Verdienstauffall- und Pflegekosten

Freie Wahl des Arztes / Facharztes / Zahnarztes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Freie Wahl des Krankenhauses	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Heilpraktiker / Alternative Behandlungsmethoden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ein- oder Zweibettzimmer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leistungen für Brillen, sonstige Sehhilfen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Chefartzbehandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstattung von Heilmitteln	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Room-in (Mutter-und-Kind-Leistungen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstattung von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rücktransporte aus dem Ausland	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Psychotherapeutische Leistungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Krankenhaustagegeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kur- und Sanatoriumsaufenthalte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verdienstauffall im Krankheitsfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kurtagegeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zusätzliche Pflegekosten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahnersatzleistungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zusätzliche Pflegekosten, staatlich gefördert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahnprophylaxe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Auslandsreisenschutz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kieferorthopädie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erstattung mit oder ohne Selbstbehalte	<input type="checkbox"/> mit <input type="checkbox"/> ohne
		Erstattung gesetzlich vorgesehener Eigenbeteiligung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Weitere Beratungspunkte Wartezeiten Weitere versicherte Personen Beitragsrückerstattung Arbeitgeberanteile Beiträge im Alter

Rat/Begründung/Kundenentscheidung (Krankenversicherung)

Zur Krankheitskosten-, Verdienstauffall- und Pflegeversicherung

Abschluss einer: Krankheitskostenvollversicherung Krankentagegeld
 Krankheitskosten-Zusatzversicherung Pflegezusatzversicherung

Empfohlene Tarife _____
 Alternativ _____

Begründung _____

Kundenentscheidung _____

Abweichungen zur Vermittlerempfehlung _____

Folgenden Hinweis habe ich zur Kenntnis genommen
 Die Kündigung einer anderweitigen privaten Krankenversicherung kann gegebenenfalls mit Nachteilen verbunden sein (z. B. Verlust von angesparten Alterungsrückstellungen beim Vorversicherer, neues Eintrittsalter und damit eine verbundene geringere Ansparzeit von Alterungsrückstellungen, neue Gesundheitsprüfung und damit ggf. Konsequenzen in der Beitragshöhe und Versicherbarkeit, erneute Abschluss- und Vertriebskosten). Hierauf wurde besonders hingewiesen.

Kundenwünsche
(Lebensversicherung)

Absicherung der Arbeitskraft, der Alterseinkünfte und der Hinterbliebenen (Lebensversicherung)

Privatvorsorge Betriebliche Vorsorge

Absicherung bei Berufsunfähigkeit/EU ja nein Absicherung der Hinterbliebenenversorgung ja nein

Absicherung der Alterseinkünfte ja nein Absicherung der Bestattungskosten ja nein

	1	2	3	4
zur Absicherung der Arbeitskraft, der Alterseinkünfte und der Hinterbliebenenversorgung				
Wie wichtig ist Ihnen: (1 = unwichtig, 4 = sehr wichtig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
steuerliche Förderung / staatliche Zulage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ein steuerlicher Vorteil/Sozialversicherungsersparnis in der Beitragszahlungsphase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ein steuerlicher Vorteil in der Auszahlungsphase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
flexible Anpassung an veränderte Lebenssituationen in der Beitragszahlungsphase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
freie Wahl der Auszahlungsart im Erbensfall (Rente oder Kapital)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutz Ihrer Altersvorsorge bei Arbeitslosigkeit (Hartz-IV-Schutz) oder Insolvenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vermögenswirksame Leistungen zur Altersvorsorge einzusetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chancen / Risiken an der Börse in Ihre Altersversorgung einfließen zu lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Todesfall-Leistungen an andere Personen als Ehegatten, Lebensgefährten, Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine Einmalzahlung an Ihre Hinterbliebenen im Todesfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine Kapitalzahlung in einer Summe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Absicherung Ihrer Arbeitskraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Beratungspunkte _____

Rat/Begründung/Kundenentscheidung
(Lebensversicherung)

zur Absicherung der Arbeitskraft, der Alterseinkünfte und der Hinterbliebenenversorgung

Privatvorsorge Betriebliche Vorsorge

Abschluss einer: Rentenversicherung Sterbegeldversicherung Kapital-Lebensversicherung

Risikoversicherung Berufsunfähigkeitsversicherung

Empfohlene Tarife _____

Alternativ _____

Begründung _____

Kundenentscheidung _____

Abweichungen zur Vermittlerempfehlung _____

Folgenden Hinweis habe ich zur Kenntnis genommen
Die Kündigung eines Produktes zu Gunsten eines anderen Produktes kann gegebenenfalls mit Nachteilen verbunden sein (z.B. neu Abschlusskosten, neues Eintrittsalter, ggf. Stornogebühren, ggf. neue Gesundheitsprüfung, andere Garantien, steuerliche Auswirkungen). Hierauf wurde besonders hingewiesen.

Kundenwünsche
(Unfallversicherung)

Absicherung der wirtschaftlichen Folgen eines Unfalles

Unfallversicherung ja nein

Unfall-Rentenversicherung ja nein

zur Absicherung der wirtschaftlichen Folgen und Erhaltung des Lebensstandards nach einem Unfall	Invalidität mit progressiven Leistungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sofortleistungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Unfall-Tod	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Unfall-Tagegeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Krankenhaustagegeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Übergangsleistungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Genesungsgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hilfe und Pflege nach einem Unfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Unfall-Rente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Prämienfreistellung bei Arbeitslosigkeit/Erwerbsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Kosmetische Operationen inkl. Zahnersatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Besonders zu berücksichtigende Gefahren:	_____
	Kur- und Reha-Hilfe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Schmerzensgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Serviceleistungen (Bergung/Überführung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Über die Inhalte der 3 Leistungsvarianten Grund-, Kompakt- und Top-Schutz (siehe Rückseite) habe ich ausführlich beraten: ja nein

Über die Altersanpassung ab 55 Jahre wurde ich informiert ja nein

Rat/Begründung/Kundenentscheidung
(Unfallversicherung)

zur Absicherung der wirtschaftlichen Folgen und Erhaltung des Lebensstandards nach einem Unfall

Abschluss einer: privaten Unfallversicherung ohne Progression _____

mit 350% Progression 500% Progression 1.000% Progression

privaten Unfall-Rentenversicherung

Empfohlene Leistungen _____

Empfohlener Deckungsumfang Grund-Schutz Kompakt-Schutz Top-Schutz Hilfe- und Pflegebaustein (Assistance)

Begründung _____

Kundenentscheidung _____

Abweichungen zur Vermittlerempfehlung _____

(Kranken-, Lebens-, Unfallversicherung)

Besondere Wünsche bzw. weiterer Beratungsbedarf in oben nicht genannten Versicherungs- oder Versorgungsbereichen

Kein weiterer Bedarf

Empfangsbestätigung: Ich habe / Wir haben eine Ausfertigung des Beratungsprotokolls erhalten:

Ort, Datum _____ Antragsteller/-in _____ **Erstellt von:** Vermittler/-in _____