

# Persönliche Vorsorge

Risikoerfassung und anlassbezogene Beratungsdokumentation gemäß §61 (1) VVG  
für private persönliche Risiko- und Altersvorsorge

## Berater

Berater \_\_\_\_\_

## Beratungsanlass

Beratungsanlass \_\_\_\_\_

## Versicherungsnehmer (VN)

Vorname Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Plz Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Familienstatus \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

## Kommunikation

Telefon 1 \_\_\_\_\_

Telefon 2 \_\_\_\_\_

E-Mail 1 \_\_\_\_\_

E-Mail 2 \_\_\_\_\_

Telefax \_\_\_\_\_

## Angaben zur Vorversicherung

Versicherer \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Vertragsablauf \_\_\_\_\_

Kündigung \_\_\_\_\_

Vorschäden \_\_\_\_\_

## Abzusichernder Personenkreis nach Vorgabe des Versicherungsnehmers (VN)

Zu versichernde Person \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_ Berufliche Tätigkeit \_\_\_\_\_

Zu versichernde Person \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_ Berufliche Tätigkeit \_\_\_\_\_

Zu versichernde Person \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_ Berufliche Tätigkeit \_\_\_\_\_

Zu versichernde Person \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_ Berufliche Tätigkeit \_\_\_\_\_

## Gewünschter Absicherungsumfang nach Vorgabe des Versicherungsnehmers (VN)

<input type="checkbox"/> Unfallinvalidität	_____	_____	_____	_____	_____
	Grundsomme	Maximalsumme	Monatsrente	Zusatzleistungen und Anmerkungen	
<input type="checkbox"/> Erwerbsminderung	_____	_____	_____	_____	
	Monatsrente	Einmalzahlung	Endalter	Zusatzleistungen und Anmerkungen	
<input type="checkbox"/> Grundfähigkeitsverlust	_____	_____	_____	_____	
	Monatsrente	_____	Endalter	Zusatzleistungen und Anmerkungen	
<input type="checkbox"/> Schwere Erkrankungen	_____	_____	_____	_____	
	Einmalzahlung	_____	Endalter	Zusatzleistungen und Anmerkungen	
<input type="checkbox"/> Pflegefallkosten	_____	_____	_____	_____	
	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3	Zusatzleistungen und Anmerkungen	
<input type="checkbox"/> Todesfall	_____	_____	_____	_____	
	Einmalzahlung	Vorabzahlung	Endalter	Zusatzleistungen und Anmerkungen	
<input type="checkbox"/> Alterseinkommen	_____	_____	_____	_____	
	Monatsrente	Kapitalauszahlung	Endalter	Zusatzleistungen und Anmerkungen	
<input type="checkbox"/> Krankheitskosten	_____	_____	_____	_____	
	Leistungsumfang Ambulante Behandlungen		Leistungsumfang Zahnärztliche Behandlungen	Leistungsumfang Stationäre Behandlungen	
<input type="checkbox"/>	Besonderer Versicherungswunsch		Leistungserwartung		

## Zusatzangaben zum Absicherungsumfang und Hinweise zum Beratungsverlauf

## Empfehlung und Begründung des Beraters

## Entscheidung des Versicherungsnehmers (VN) und Anmerkungen zur weitere Vorgehensweise