

**Antragsteller:**

**Beratung durch:**

Finanzmanufaktur GmbH

Gröninger Weg 7 • 74379 Ingersheim

Tel.: 07142 / 7 09 29 99

Fax: 07142 / 3 39 37 05

info@finanzmanufaktur.com

https://www.finanzmanufaktur.com

**Persönlicher Ansprechpartner:**

<p><b>Bitte erstellen Sie auf Basis der vorliegenden Angaben einen Vorschlag zur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Risiko-Lebensversicherung</li> <li><input type="checkbox"/> Dread-Disease-Versicherung</li> <li><input type="checkbox"/> Grundfähigkeiten-Versicherung</li> <li><input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsversicherung</li> <li><input type="checkbox"/> Dienstunfähigkeitsversicherung</li> <li><input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsversicherung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ohne Risikoprüfung</li> <li><input type="checkbox"/> mit Risikoprüfung             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ohne Sonderwagnis-Eintrag</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>1. Versicherte Person (VP)</b></p>	
<p>Name, Geburtsdatum, Geschlecht usw. der zu versichernden Person. Bitte für jede Person gesonderten Fragebogen aufnehmen.</p>	<p>Name: <input type="text"/></p> <p>Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers</p> <p>Geburtsdatum: <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet</p> <p><input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> Raucher</p> <p>Jahresbruttoeinkommen/Besoldung der letzten 3 Jahre</p> <p>Jahr <input type="text"/> - <input type="text"/> €</p> <p>Jahr <input type="text"/> - <input type="text"/> €</p> <p>Jahr <input type="text"/> - <input type="text"/> €</p> <p>Aktuell ausgeübter Beruf (lt. Arbeitsvertrag)*: <input type="text"/></p> <p><small>*bei unklarer Berufsbezeichnung bitte den Fragebogen Tätigkeitsbeschreibung mit einreichen</small></p>
<p><b>2. Angaben zum Beruf</b></p>	
<p>2.1. Qualifikation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Akademiker <input type="checkbox"/> Betriebswirt <input type="checkbox"/> Fachwirt</li> <li><input type="checkbox"/> Meister <input type="checkbox"/> Techniker <input type="checkbox"/> kaufm. Ausbildung</li> <li><input type="checkbox"/> handwerk. Ausbildung <input type="checkbox"/> industr. Ausbildung</li> <li><input type="checkbox"/> techn. Ausbildung</li> </ul>
<p>2.2. Personalverantwortung</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für <input type="text"/> Mitarbeiter</p>
<p>2.3. Anteil der Tätigkeiten</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Bürotätigkeit <input type="text"/> %</li> <li><input type="checkbox"/> Körperliche Tätigkeit <input type="text"/> %</li> <li><input type="checkbox"/> Reisetätigkeit <input type="text"/> %</li> </ul>

2.4. Berufsstatus	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/Angestellter <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Schüler <input type="checkbox"/> Arbeitssuchend <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> Beamter Status: <input type="checkbox"/> BaL <input type="checkbox"/> BaP <input type="checkbox"/> BaW <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> anderer <input type="text"/>
2.5. Besonderheiten zur Tätigkeit	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Schichtarbeit <input type="checkbox"/> Akkordarbeit <input type="checkbox"/> Schichtarbeit im Akkord <input type="checkbox"/> Gesellschafter-Geschäftsführer
2.6. Risikorelevantes Hobby (z.B. Tauchen, Motorsport, Kampfsport, Flugsport, Bergsport)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
2.7. Ist ein Auslandsaufenthalt von mehr als 6 Monaten vorgesehen oder geplant?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wann, wohin, warum? <input type="text"/>
<b>3. Berechnungsvorgaben</b>	
3.1. Versicherungsbeginn	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
3.2. Endalter	<input type="text"/> . Lebensjahr der VP
3.3. Leistung bis	<input type="text"/> . Lebensjahr der VP
3.4. Berechnung nach	<input type="checkbox"/> Garantierte BU-Rente gewünschte Rente: <input type="text"/> € mtl.
3.5. garantierte BU-Rentensteigerung	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> gewünscht, <input type="checkbox"/> 1% <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> 3%
3.6. Beitragsdynamik	<input type="checkbox"/> keine Dynamik <input type="checkbox"/> gewünscht, <input type="text"/> % (1-10% mgl.)
3.7. AU-Leistung	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> gewünscht
<b>4. Gesundheitsfragen</b>	
4.1. Körpergröße und Gewicht	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
4.2. Wurde innerhalb der letzten 5 Jahre ein Antrag bei einer Gesellschaft abgelehnt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , bei welcher? <input type="text"/>

4.3. Haben in den letzten **10** Jahren stationäre Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche derzeit ärztlich empfohlen oder beabsichtigt?

nein  ja

Wenn **ja**, welche + Details?

4.4. Fanden in den letzten **5** Jahren ambulante Untersuchungen oder Behandlungen von Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder anderen nichtärztlichen Heilbehndlern statt oder bestehen/bestanden in den letzten **5** Jahren Krankheiten, Störungen oder Beschwerden

a. des Herzens, des Kreislaufs oder der Gefäße?

nein  ja

b. der Atmungsorgane, Lunge, Bronchien, des Zwerchfells oder wegen Allergien?

nein  ja

c. der Verdauungsorgane, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber, Speiseröhre, des Magens oder Darms?

nein  ja

d. der Nieren, Harnwege, Blase, Prostata, Geschlechtsorgane oder der Brust?

nein  ja

e. des Stoffwechsels, der Schilddrüse, blutbildenden Organe oder des Hormonhaushalts?

nein  ja

f. des Blutes, der Drüsen oder Milz?

nein  ja

g. wegen akuten oder chronischen Infektionen?

nein  ja

h. des Gehirns, Nervensystems oder Rückenmarks?

nein  ja

i. der Psyche?

nein  ja

j. des Rückens, der Schulter(n), Wirbelsäule oder Bandscheibe(n)?

nein  ja

k. der Knochen, Gelenke, Bänder, Sehnen oder Muskeln?

nein  ja

l. der Haut?

nein  ja

m. der Augen?

nein  ja

n. der Ohren?

nein  ja

Falls eine oder mehrere der oben gestellten Fragen mit "ja" beantwortet wurden, bitte genauere Angaben dazu (ggf. Zusatzblatt verwenden):

4.5. Besteht eine Fehlsichtigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Dioptrien links: <input type="text"/> Dioptrien rechts: <input type="text"/>
4.6. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV Infektion festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4.7. Wurde bei Ihnen jemals eine Krebs-/Tumorerkrankung festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4.8. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 10 Jahre Betäubungsmittel oder Drogen ein oder wurden Sie wegen Folgen des Konsums von Alkohol, Betäubungsmittel oder Drogen beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4.9. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren in festen zeitlichen Abständen (z.B. täglich, monatlich, oder vierteljährlich) Medikamente zu sich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4.10. Bestehen (auch angeborene) körperliche oder geistige Beeinträchtigungen, Behinderungen oder Störungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , welche + Details?  <input type="checkbox"/> Anerkannte Schwerbehinderung (GdB) <input type="checkbox"/> Erwerbsminderung (MdE) <input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung (WDB) <input type="checkbox"/> Pflegebedürftigkeit  <input type="text"/>
<b>5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</b>	<input type="text"/>
<b>6. Datenschutzerklärung und Schweigepflichtentbindung</b>	
6.1. Einwilligung zur Erfassung und Anforderung von Daten	Sie willigen ein, dass wir Daten - auch Gesundheitsdaten - von Ihnen erheben und von Dritten anfordern. Sofern wir Gesundheitsdaten von Ärzten anfordern, werden wir Sie zuvor darüber informieren. Im Rahmen der erteilten Maklervollmacht können wir in Ihrem Namen den Einwilligungserklärungen von Dritten zustimmen, beispielsweise eines Versicherers, der vor Vertragsschluss eine Bonitätsanfrage oder eine Vorversichereranfrage durchführt.
6.2. Einwilligung zur Speicherung von Daten	Sie willigen ein, dass wir die erfassten und angeforderten Daten im erforderlichen Umfang speichern und verarbeiten bzw. von berechtigten Dritten speichern und verarbeiten lassen.

<p>6.3. Einwilligung zur Weitergabe von Daten</p>	<p>Sie willigen ein, dass wir Daten - auch Gesundheitsdaten - im erforderlichen Rahmen unserer Maklertätigkeit an Dritte weitergeben. Dritte sind hier beispielsweise Versicherer, Maklerdienstleister, Gutachter oder sonstige Dienstleister. Eine Übersicht potenzieller Empfänger können Sie der Geschäftspartnerübersicht entnehmen. Auf Anfrage erhalten Sie selbstverständlich auch Auskunft, an wen tatsächlich Sie betreffende Daten von uns übermittelt wurden. Bei Betriebsübergabe oder Bestandsverkauf setzen wir Sie in Kenntnis über den Rechtsnachfolger und räumen Ihnen eine Frist von 4 Wochen für den Widerspruch ein. Verstreicht die Frist ohne Widerspruch, so sind Sie mit der Weitergabe Ihrer Daten zur Erhaltung der Beratungsleistung einverstanden. Sie willigen ferner ein, dass wir Ihrem Ehe-/Lebenspartner* ,Kind(ern), Eltern* und mitversicherten Personen* auf deren Anfrage hin Auskunft erteilen.</p> <p><small>* Die Einwilligung zu den mit Sternchen (*) gekennzeichneten Sätzen ist nicht zwingend erforderlich und kann gestrichen werden.</small></p>
<p>6.4. Recht auf Einschränkung der Verarbeitung und gegebenenfalls Löschung der gespeicherten Daten</p>	<p>Für die Erfüllung des mit Ihnen geschlossenen Maklervertrages ist es erforderlich, dass wir Ihre Daten im beschriebenen Umfang speichern. Wenn Sie soweit zulässig von Ihrem Recht auf Löschung der Daten Gebrauch machen oder auf die Einschränkung der Verarbeitung bestehen, endet regelmäßig der Maklervertrag.</p>
	<p>Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit den unter 6. aufgeführten Punkten einverstanden.</p> <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift</p>
<p><b>Interne Notizen</b></p>	
<p>Mitarbeiter: <input type="text"/></p> <p>Datum : <input type="text"/></p> <p>Uhrzeit: Von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben</p> <p><input type="checkbox"/> persönliche Besprechung</p> <p><input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>
<p>Rev002 vom 07.03.2022</p>	