

ERFASSUNGSBOGEN

Persönliche Angaben

Person 1

Bestandskunde Neukunde / Interessent

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Geschlecht männlich weiblich

Beruf

Bruttojahreseinkommen (freiwillige Angabe) EUR

Person 2

Bestandskunde Neukunde / Interessent

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Geschlecht männlich weiblich

Beruf

Bruttojahreseinkommen (freiwillige Angabe) EUR

Familienstand

Verheiratet Eheähnliche Gemeinschaft Alleinstehend/Single Lebenspartnerschaft

Adresse

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Telefon Telefax

E-Mail

Berufsstatus

Person 1	2	1	2	1	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonderstatus

Person 1	2	1	2	1	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Krankenversicherungsstatus

Person 1	2	1	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

bei:

Rentenversicherungsstatus

1	2	1	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

berufsständische Versorgung:

Kinder

Name	Geb.datum	Geschlecht	Schule	Ausbildung	Studium	Freiw. Dienst	vorauss. bis:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Beratungswunsch: Absicherung im Bereich

<input type="checkbox"/> Private Krankenvollversicherung	<input type="checkbox"/> Sachversicherung Hausrat, Wohngebäude	<input type="checkbox"/> Altersvorsorge und Vermögensaufbau Klassische oder fondsgebundene Kapitallebens-/Rentenversicherung, auch als Direktversicherung, „Riester-Rente“, „Rürup-Rente“ (Basisrente)
<input type="checkbox"/> Private Krankenzusatzversicherung Ergänzung zu GKV, ambulanter/stationärer/Zahn-Zusatz, Krankenhaustagegeld usw.	<input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> Hinterbliebene Risikolebensversicherung
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Rechtsschutzversicherung	<input type="checkbox"/> Einkommen aus beruflicher Tätigkeit Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Schwere Krankheiten (Dread Disease), Grundfähigkeitsversicherung
<input type="checkbox"/> Pflegefall Pflegetagegeld-, Pflegekosten-, Pflegerentenversicherung	<input type="checkbox"/> Kraftfahrtversicherung	<input type="checkbox"/> Kindervorsorge
<input type="checkbox"/> Verdienstausfall durch Krankheit Krankentagegeldversicherung	<input type="checkbox"/> Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/>