

## 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	
	Straße, Postfach/ Zustellergängung	Haus-Nr.	Geburtsdatum
Herr <input type="checkbox"/>	Postleitzahl, Wohnort		
Frau <input type="checkbox"/>			

Weitere Gesprächsteilnehmer	<b>Person 1</b>	Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/>	<b>Person 2</b>	Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/>	<b>Person 3</b>	Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/>
	Name/Titel		Name/Titel		Name/Titel	
	Vorname		Vorname		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	<b>In der Krankenversicherung</b>	<input type="checkbox"/> GKV pflichtversichert	<input type="checkbox"/> GKV freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> PKV Vollversicherung	<input type="checkbox"/> PKV Zusatzversicherung
	<b>In der RV in der BU</b>	<input type="checkbox"/> RV pflichtversichert	<input type="checkbox"/> RV freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Sonstige Träger	<input type="checkbox"/> Private Vorsorge
	<b>In der UV/BG</b>	<input type="checkbox"/> UV pflichtversichert	<input type="checkbox"/> UV freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Sonstige gesetzliche	<input type="checkbox"/> Private Vorsorge

Kundenwünsche (Krankenversicherung)	<b>Absicherung der Krankheitskosten, des Verdienstausfalles und der Pflegekosten (Krankenversicherung)</b>	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
Kundenwünsche (Krankenversicherung)	<b>Absicherung der Krankheitskosten-, Verdienstausfall- und Pflegekosten</b>	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	Verdienstausfall 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	Auslandsreiseschutz	<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	<input type="checkbox"/> Wartezeiten	<input type="checkbox"/> Weitere versicherte Personen	<input type="checkbox"/> Beitragsrückerstattung	
	<input type="checkbox"/> Arbeitgeberanteile	<input type="checkbox"/> Beiträge im Alter	<input type="checkbox"/> Beitragsrückerstattung		

Rat/Begründung/ Kundenentscheidung (Krankenversicherung)	<b>Zur Krankheitskosten-, Verdienstausfall- und Pflegeversicherung</b>	Abschluss einer:	<input type="checkbox"/> Krankheitskostenvollversicherung	<input type="checkbox"/> Krankentagegeld
			<input type="checkbox"/> Krankheitskosten-Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> 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	Invaliddität 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 Vorsorgebereichen**

\_\_\_\_\_

Kein weiterer Bedarf

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

Ort, Datum \_\_\_\_\_      Antragsteller/-in \_\_\_\_\_      Erstellt von: Vermittler/-in \_\_\_\_\_