



# Datenerfassungsbogen

 **urofinanzberatung**  
HOLDING

# Betreuungsvollmacht

zwischen



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

(Makler)

und

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

(Kunde)

Die Eurofinanzberatung Holding., vertreten durch den bevollmächtigten Makler, wird hiermit vom Unterzeichner (Auftraggeber) beauftragt und bevollmächtigt, den/die nachfolgend genannten Versicherungsvertrag / - verträge zu betreuen.

Übersicht enthaltenen Versicherungsverträgen.

Nicht erfasste Verträge unterliegen nicht der Betreuungspflicht, daraus kann auch keine Haftung für die Eurofinanzberatung Holding, vertreten durch den bevollmächtigten Makler, abgeleitet werden.

**Durch die Vollmachterteilung entstehen dem Unterzeichner (Auftraggeber) keine weiteren Kosten.**

Die Vollmacht kann vom Unterzeichner (Auftraggeber) jederzeit, ohne Angabe von Gründen, ganz oder teilweise schriftlich per Einschreiben, widerrufen werden.

**Der Unterzeichner (Auftraggeber) erklärt sich einverstanden:**

Mit der Speicherung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten des Unterzeichners (Auftraggebers) auf Datenträgern und die Weitergabe an die angesprochenen Versicherer zur ordnungsgemäßen Bearbeitung der gewünschten Vertragsangelegenheiten. Die Vorschriften nach dem Bundesdatenschutzgesetz werden beachtet.

Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_  
(Auftraggeber)

Anschrift des VN: \_\_\_\_\_

Risikoanschrift: \_\_\_\_\_

Versicherer: \_\_\_\_\_

Versicherungsschein-Nr.: \_\_\_\_\_ Risiko: \_\_\_\_\_

Versicherungsschein-Nr.: \_\_\_\_\_ Risiko: \_\_\_\_\_

Versicherungsschein-Nr.: \_\_\_\_\_ Risiko: \_\_\_\_\_

Senden Sie uns bitte eine Kopie, aktuellen Versicherungsscheine / Nachträge zu:

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Auftraggebers; VN)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Vermittlers)

# persönliche Daten

Mandant/in

Partner/in

Name		
Vorname		
Geburtsname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
PLZ Ort		
Anschrift		
Familienstand	Gütergemeinschaft/Gütertrennung/Zugewinnngemeinschaft	

Telefon (privat)		
Telefon (geschäftlich)		
Fax (privat/geschäftlich)		
Handy		
E-Mail		

Arbeitsverhältnis	Angestellter/Arbeiter Öffentlicher Dienst/Beamter	Angestellter/Arbeiter Öffentlicher Dienst/Beamter
Beruf		
Arbeitgeber		
	Selbstständig	Selbstständig
Gesellschaftsform		
Anzahl der Mitarbeiter		
Seit wann		

	1.Kind	2.Kind	3.Kind
Name			
Vorname			
Geburtsname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Erlerner Beruf			
Gemeinsames Kind	Schüler/Student/Lehre Ja/Nein	Schüler/Student/Lehre Ja/Nein	Schüler/Student/Lehre Ja/Nein

# Daten zur Einkommenssituation

## Bausparen / Allzweckkredit

	Mandant/in	€	Partner/in	€
Bruttoeinkommen mtl.		€		€
Nettoeinkommen mtl.		€		€
Anzahl der Gehälter				
Kindergeld mtl.		€		€
Sonstige Einkünfte		€		€
Miete/Eigentum				
Nebenkosten				
Unterhalt				

	Bank	Vertrags- Nummer	Kredit- summe	Zinssatz eff.	Rest- schuld	Verwendungs- zweck	Beginn	Ablauf	1/	Beitrag
Er/Sie										
Er/Sie										
Er/Sie										
Er/Sie										

	Bank	Vertrags- Nummer	Kredit- summe	Zinssatz eff.	Rest- schuld	Verwendungs- zweck	Beginn	Ablauf	1/	Beitrag
Er/Sie										
Er/Sie										
Er/Sie										
Er/Sie										

## Hypothek

	Bank	Darlehens- summe	Zinssatz	Tilgungs- Anfang %	Auszahlungs- datum	Tilgungs- beginn	Fest auf Jahre	1/	Beitrag
Er/Sie									

	Bank	Darlehens- summe	Zinssatz	Tilgungs- Anfang %	Auszahlungs- datum	Tilgungs- beginn	Fest auf Jahre	1/	Beitrag
Er/Sie									

	Bank	Darlehens- summe	Zinssatz	Tilgungs- Anfang %	Auszahlungs- datum	Tilgungs- beginn	Fest auf Jahre	1/	Beitrag
Er/Sie									



# Versicherungen

	Mandant/in	Partner/in	Tierhalterhaftpflicht
Gesellschaft			
Vertragsnummer			
Deckungssumme			
Selbstbehalt			
Beginn			
Ablauf			
Vorschäden			
Rasse			
Zahlweise/Beitrag	1/ <input type="text"/> €	1/ <input type="text"/> €	1/ <input type="text"/> €

private Haftpflicht

		Er/Sie	
Gesellschaft			
Vertragsnummer			m <sup>2</sup> Wohnfläche
Deckungssumme			Fahrrad VS €
Selbstbehalt			Überspannung
Beginn			Elementarschäden
Ablauf			Haushaltsglas
Vorschäden	Ja/Nein <input type="text"/>		Beitrag <input type="text"/> 1/ <input type="text"/> €

Hausrat

		Er/Sie	
Gesellschaft			
Vertragsnummer			m <sup>2</sup> Wohnfläche
Deckungssumme 1914			Baujahr
Selbstbehalt			Feuer
Beginn			Leitungswasser
Ablauf			Sturm/Hagel
Vorschäden	Ja/Nein <input type="text"/>		Überspannung
Art des Hauses			Elementarschäden
Nebengebäude			Glas all./Gesamtes Haus
Anzahl der Garagen			Beitrag <input type="text"/> 1/ <input type="text"/> €

Wohngebäude

		Er/Sie	
Gesellschaft			
Vertragsnummer			Privat- u. Berufs- RS
Deckungssumme			Privat- RS
Selbstbehalt			WuG- RS
Beginn			Verkehrs- RS/Fahrer -RS
Ablauf			Fahrzeug -RS/Anzahl KFZ
Vorschäden	Ja/Nein <input type="text"/>		Privat- u. Berufs- RS für Selbstständige <input type="text"/> 1/ <input type="text"/> €

Rechtsschutz



# Kraftfahrzeugversicherungen

	Fahrzeug 1		Fahrzeug 2	
Versicherungsnehmer				
Kennzeichen				
Gesellschaft				
Versicherungsnummer				
Fahrzeug-Ident-Nr.				
Hersteller (zu 2)				
Typ (zu 3)				
Leistung (KW/PS)				
Neuwert				
Tag der Erstzulassung				
Tag der Zulassung auf VN				
Stellplatz				
Nutzerkreis				
Fahrleistung im Jahr		km		km
Aktueller Km-Stand				
Zweitwagenregelung				
Haftpflicht		€		€
Teilkasko		€		€
Selbstbehalt		€		€
SF-Klasse				
Vollkasko		€		€
Selbstbehalt		€		€
SF-Klasse				
Zahlweise		1/		1/
Beitrag		€		€

# Daten der Altersvorsorge

Lebensversicherung

Rentenversicherung

Kapitalbildende LV <input type="radio"/>		Fondsgebundene LV <input type="radio"/>		Risiko LV <input type="radio"/>			
Gesellschaft	Vertrags- Nummer	Todesfall- summe	Versicherungs- beitragssumme	Voraussichtliche Ablaufleistung	Beginn	Ablauf	
Er/Sie <input type="radio"/>							
Beitragsbefreiung bei BU Ja/Nein <input type="radio"/>		BU-Rente		Rückkaufswert	Beitrag bis		
Abgetreten Ja/Nein <input type="radio"/>	Fonds				1/	Beitrag	

Kapitalbildende LV <input type="radio"/>		Fondsgebundene LV <input type="radio"/>		Risiko LV <input type="radio"/>			
Gesellschaft	Vertrags- Nummer	Todesfall- summe	Versicherungs- beitragssumme	Voraussichtliche Ablaufleistung	Beginn	Ablauf	
Er/Sie <input type="radio"/>							
Beitragsbefreiung bei BU Ja/Nein <input type="radio"/>		BU-Rente		Rückkaufswert	Beitrag bis		
Abgetreten Ja/Nein <input type="radio"/>	Fonds				1/	Beitrag	

Kapitalbildende LV <input type="radio"/>		Fondsgebundene LV <input type="radio"/>		Risiko LV <input type="radio"/>			
Gesellschaft	Vertrags- Nummer	Todesfall- summe	beitragssumme	Voraussichtliche Ablaufleistung	Beginn	Ablauf	
Er/Sie <input type="radio"/>							
Beitragsbefreiung bei BU Ja/Nein <input type="radio"/>		BU-Rente		Rückkaufswert	Beitrag bis		
Abgetreten Ja/Nein <input type="radio"/>	Fonds				1/	Beitrag	

Kapitalbildende LV <input type="radio"/>		Fondsgebundene LV <input type="radio"/>		Risiko LV <input type="radio"/>			
Gesellschaft	Vertrags- Nummer	Todesfall- summe	Versicherungs- beitragssumme	Voraussichtliche Ablaufleistung	Beginn	Ablauf	
Er/Sie <input type="radio"/>							
Beitragsbefreiung bei BU Ja/Nein <input type="radio"/>		BU-Rente		Rückkaufswert	Beitrag bis		
Abgetreten Ja/Nein <input type="radio"/>	Fonds				1/	Beitrag	

Kapitalbildende LV <input type="radio"/>		Fondsgebundene LV <input type="radio"/>		Risiko LV <input type="radio"/>			
Gesellschaft	Vertrags- Nummer	Todesfall- summe	Versicherungs- beitragssumme	Voraussichtliche Ablaufleistung	Beginn	Ablauf	
Er/Sie <input type="radio"/>							
Beitragsbefreiung bei BU Ja/Nein <input type="radio"/>		BU-Rente		Rückkaufswert	Beitrag bis		
Abgetreten Ja/Nein <input type="radio"/>	Fonds				1/	Beitrag	

Rentenversicherung <input type="radio"/>		Fondsgebundene Rente <input type="radio"/>					
Gesellschaft	Vertrags- Nummer	Garantierte Rente/je 10000 €	Garantiertes Kapital	Voraussichtliche Ablaufleistung	Beginn	Ablauf	
Er/Sie <input type="radio"/>							
Beitragsbefreiung bei BU Ja/Nein <input type="radio"/>		BU-Rente	Rentengarantiezeit	Rückkaufswert	Beitrag bis		
Abgetreten Ja/Nein <input type="radio"/>	Fonds				1/	Beitrag	

Rentenversicherung <input type="radio"/>		Fondsgebundene Rente <input type="radio"/>					
Gesellschaft	Vertrags- Nummer	Garantierte Rente/je 10000 €	Garantiertes Kapital	Voraussichtliche Ablaufleistung	Beginn	Ablauf	
Er/Sie <input type="radio"/>							
Beitragsbefreiung bei BU Ja/Nein <input type="radio"/>		BU-Rente	Rentengarantiezeit	Rückkaufswert	Beitrag bis		
Abgetreten Ja/Nein <input type="radio"/>	Fonds				1/	Beitrag	

Rentenversicherung <input type="radio"/>		Fondsgebundene Rente <input type="radio"/>					
Gesellschaft	Vertrags- Nummer	Garantierte Rente/je 10000 €	Garantiertes Kapital	Voraussichtliche Ablaufleistung	Beginn	Ablauf	
Er/Sie <input type="radio"/>							
Beitragsbefreiung bei BU Ja/Nein <input type="radio"/>		BU-Rente	Rentengarantiezeit	Rückkaufswert	Beitrag bis		
Abgetreten Ja/Nein <input type="radio"/>	Fonds				1/	Beitrag	

# Daten zum Schutz Ihrer Gesundheit

## Krankenversicherung

	Mandant/in	Partner/in	Kind	Kind	
Gesetzlich	Kasse/Gesellschaft	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Versichert seit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Beitragssatz	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
	Monatsbeitrag	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Privat	Gesellschaft	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Vertragsnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Zahnersatz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Brille	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Chefarzt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Zahlweise	<input type="text"/> 1/	<input type="text"/> 1/	<input type="text"/> 1/	<input type="text"/> 1/
	Monatsbeitrag	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Auslands	Gesellschaft	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Vertragsnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Zahlweise	<input type="text"/> 1/	<input type="text"/> 1/	<input type="text"/> 1/	<input type="text"/> 1/
	Monatsbeitrag	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €

## BU-Versicherung

Gesellschaft	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vertragsnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Risiko/Laufzeit	<input type="text"/> /	<input type="text"/> /	<input type="text"/> /	<input type="text"/> /
BU Rente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beginn	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ablauf	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Raucher	<input type="text"/> Ja/Nein	<input type="text"/> Ja/Nein	<input type="text"/> Ja/Nein	<input type="text"/> Ja/Nein
Zahlweise	<input type="text"/> 1/	<input type="text"/> 1/	<input type="text"/> 1/	<input type="text"/> 1/

## Unfallversicherung

Gesellschaft	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vertragsnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Grundinvalidität	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Vollinvalidität	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Progression	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Unfallrente	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
KHTG	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
GG	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
KHTG/ab Tag	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Todesfallsumme	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Beginn	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ablauf	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Raucher	<input type="text"/> Ja/Nein	<input type="text"/> Ja/Nein	<input type="text"/> Ja/Nein	<input type="text"/> Ja/Nein
Zahlweise	<input type="text"/> 1/	<input type="text"/> 1/	<input type="text"/> 1/	<input type="text"/> 1/
Monatsbeitrag	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €





## Daten zum Schutz ihrer Arbeitskraft

	<b>Mandant/in</b>	<b>Partner/in</b>
	<input type="checkbox"/> Selbstständige BU	<input type="checkbox"/> Selbstständige BU
	<input type="checkbox"/> BU-Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> BU-Zusatzversicherung
Gesellschaft		
VS-Nummer	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Höhe der Rente	<input style="width: 90%;" type="text"/> €	<input style="width: 90%;" type="text"/> €
Endalter Leistung	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Endalter vs-Dauer	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Beitrag	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Zahlweise	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>



Wann und warum haben Sie sich zuletzt mit generellen Finanzfragen beschäftigt?

---

---

---

Wer betreut Sie bisher in Finanzangelegenheiten?

---

---

---

---

---

---

Was hat Ihnen bei unserem Termin am besten gefallen?

---

---

Was erwarten Sie von uns beim zweiten Gespräch?

---

---

Wenn Ihre Erwartungen erfüllt werden würden, wem würden Sie uns weiter empfehlen?

<input type="checkbox"/> Verwandte	<input type="checkbox"/> Nachbarn	<input type="checkbox"/> Kollegen
<input type="checkbox"/> Freunde	<input type="checkbox"/> Sportkameraden	<input type="checkbox"/> Gartennachbarn
<input type="checkbox"/> Schulfreunde	<input type="checkbox"/> Bekannte	<input type="checkbox"/>

## Einverständniserklärung

Die Auswertung meiner persönlichen Finanzsituation mit den dazu bisher getätigten Investitionen- und Verträgen ist ein besonderer Service. Die erfassten Daten werden nur zur Errechnung und Erstellung einer Finanz- und Vermögensanalyse für meinen privaten Haushalt verwendet

Die Auswertung stellt keine Tätigkeit im Sinne des Rechts-, Renten- und Steuerberatungsgesetzes dar. Ich nehme zustimmend zur Kenntnis, dass die EDV-Auswertung und die Planungsrechnungen teilweise auf Erfahrungs-, Pauschal- und Prognosewerten beruhen, die insbesondere eine detaillierte einzelfallbezogene Steuer- oder Rentenberatung nicht ersetzen können. Ich bin mir im Klaren darüber, dass Planungsrechnungen auf Annahmen beruhen müssen, deren zukünftiger Eintritt ungewiss ist.

Ich bin mir der Tatsache bewusst, dass die Qualität und die Vollständigkeit der EDV-Auswertung von der Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben abhängt. Die Fragen dieses Erhebungsbogens können trotz des Umfangs nicht alle Besonderheiten im Einzelfall erfassen. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir keine Haftung für unsere Berechnungen und Ergebnisse übernehmen können, ausgenommen für Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit.

Die EDV-Auswertung stellt lediglich eine Momentbetrachtung dar. Soweit sich die persönlichen Grundlagen, die allgemeinen wirtschaftlichen Verhältnisse oder auch die steuerlichen/rechtlichen Rahmenbedingungen ändern, bedingt dies in aller Regel auch eine Veränderung der Ergebnisse. Die vorstehenden Daten als Grundlage der EDV-Auswertung wurden von mir in Anwesenheit meines Beraters zusammengetragen.

Die EDV-Auswertung verpflichtet mich weder zu Vertragsabschlüssen noch zu Honorarzahlungen.

Mir ist bekannt, dass es sich bei dem nachstehend unterzeichnenden Berater um einen selbständigen Handelsvertreter handelt. Über die Entwicklungen, Tendenzen und Neuerungen am Finanzmarkt möchte ich persönlich, schriftlich oder telefonisch informiert werden.

Ich willige ein, dass meine Daten in erforderlichem Umfang zu Zwecken der Auswertung und zur Unterstützung meiner Betreuung und Beratung EDV-technisch erfasst und im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen verarbeitet und genutzt werden dürfen.

Ort	Datum / /	Er	Bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter
-----	-----------	----	---------------------------------------

Ort	Datum / /	Sie	Bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter
-----	-----------	-----	---------------------------------------

Die Datenerhebung erfolgte aufgrund der vorliegenden Mandantenunterlagen bzw. Aufgrund der Angaben des/der Mandanten.

Ort	Datum / /	Vertriebspartner-Nr.	Unterschrift Vertriebspartner
-----	-----------	----------------------	-------------------------------

# Beratungsprotokoll

Hiermit bestätige ich

Herr/Frau: \_\_\_\_\_ wohnhaft in \_\_\_\_\_

das Vorliegen der folgenden im Rahmen der gewünschten Investitionen wichtigen Eckdaten:

## 1. Allgemeine Angaben:

Ich habe Erfahrung mit Versicherungen und Geldanlagen  ja  nein

Derzeit verfüge ich über Folgendes:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sparbuch                            | <input type="checkbox"/> Bausparvertrag  | <input type="checkbox"/> Immobilien         |
| <input type="checkbox"/> Lebensversicherung/Sachversicherung | <input type="checkbox"/> Investmentfonds | <input type="checkbox"/> Wertpapiere/Aktien |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:                          |  |   |

## 2. Anlageziele (Mehrfachnennung möglich):

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Langfristige Anlage  | <input type="checkbox"/> Mittel-/kurzfristige Anlage | <input type="checkbox"/> Altersvorsorge    |
| <input type="checkbox"/> Liquiditätssicherung | <input type="checkbox"/> Vermögensaufbau             | <input type="checkbox"/> Familie absichern |
| <input type="checkbox"/> Laufende Einnahmen   | <input type="checkbox"/> Spekulation                 |  |

## 3. Informationen zum Angebot der Eurofinanzberatung Holding:

Grundlage der Beratung vom \_\_\_\_\_ sind folgende Unterlagen über das Angebot der Eurofinanzberatung Holding, die besprochen und übergeben wurden:

- |                                 |                                  |   |
|---------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Antrag | <input type="checkbox"/> Angebot | <input type="checkbox"/> Verbraucherinformation |
|---------------------------------|----------------------------------|---|

## 4. Allgemeine Hinweise:

Dem Antragsteller wurden mehrere Möglichkeiten von Versicherungsvarianten/Anlagevarianten vorgestellt. Der Antragsteller wurde darauf hingewiesen, dass eine vorzeitige Beendigung zu finanziellen Verlusten führt. Der Antragsteller wurde auf das Risiko einer Unterversicherung hingewiesen und über mögliche Folgen aufgeklärt.

## 5. Antrag:

Der Antragsteller hat sich nach eingehender Beratung für eine Versicherung bei der \_\_\_\_\_ entschieden.

## 6. Anmerkungen des Beraters/Anlegers:

---

---

## 7. Persönliche Beratung:

Bestätigung des Vermittlers: Ich/Wir habe/n bei gleichzeitiger Anwesenheit des Antragstellers (d.h. nicht am Telefon) in einem persönlichen Gespräch nähere Auskünfte über das Angebot gegeben und wegen der Einzelheiten der Versicherung/Anlage Rede und Antwort gestanden.

# Beratungsprotokoll

(Privatkunden)

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Versicherungsart	kündigen	umdecken	übertragen	soll bleiben	Sonst.
Wohngebäudeversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rohbaufeuerversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauherrenhaftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauwesenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundstückshaftpflicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewässerschadenhaftpflicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glasversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausratversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privathaftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hundehaftpflicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pferdehaftpflicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bootshaftpflicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reisegepäckversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechtsschutzversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutzbrief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KFZ Versicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KFZ Haftpflicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KFZ Teilkasko/Vollkasko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bausparen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risikolebensversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kapitallebensversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BUZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fondpolice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatz-Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sterbekasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verm.wirksame Leistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Empfehlungsgeber

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## Empfehlung 1

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Beziehung zum  
Empfehlungsgeber \_\_\_\_\_

## Empfehlung 2

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Beziehung zum  
Empfehlungsgeber \_\_\_\_\_

## Empfehlung 3

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Beziehung zum  
Empfehlungsgeber \_\_\_\_\_

## Empfehlung 4

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Beziehung zum  
Empfehlungsgeber \_\_\_\_\_