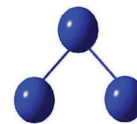


# Persönliche Vorsorge

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



**MSH Finanz-Konzepte GmbH**

Versicherungen ~ Investmentfonds ~ Immobilienfinanzierung

## Berater Beratungsanlass

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Berater

Beratungsanlass

## Versicherungsnehmer (VN) Kommunikation Angaben zur Vorversicherung

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Vorname Name	Telefon 1	Versicherer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße	Telefon 2	Versicherungsnummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ Ort	E-Mail 1	Vertragsablauf	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Familienstatus	E-Mail 2	Kündigung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beruf	Telefax	Vorschäden	<input type="text"/>

## Abzusichernder Personenkreis nach Angaben des Versicherungsnehmers (VN)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zu versichernde Person	Geburtsdatum	Geschlecht	Berufliche Tätigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zu versichernde Person	Geburtsdatum	Geschlecht	Berufliche Tätigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zu versichernde Person	Geburtsdatum	Geschlecht	Berufliche Tätigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zu versichernde Person	Geburtsdatum	Geschlecht	Berufliche Tätigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Gewünschter Absicherungsumfang nach Vorgabe des Versicherungsnehmers (VN)

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

## Zusatzangaben zum Absicherungsbedarf und Hinweise zum Beratungsverlauf

## Empfehlung und Begründung des Beraters

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