

Persönliche Angaben	Person 1	Person 2 (z. B. Ehepartner/-in)
Anrede/Titel	_____	_____
Vorname, Name	_____	_____
Straße, Hausnummer	_____	_____
PLZ, Wohnort	_____	_____
Geburtsdatum	_____	_____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Telefon	_____	_____
E-Mail	_____	_____

Wohnsituation	Person 1 & Person 2 (z. B. Ehepartner/-in)
Wohnsituation	<input type="checkbox"/> Miete im Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Miete im Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Eigenes Haus
Ergänzende Informationen	<input type="checkbox"/> Zweitwohnsitz und/oder Ferienhaus vorhanden <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> Ich / Wir beabsichtige(n) zu bauen / eine Immobilie zu erwerben <input type="checkbox"/> Ich / Wir planen einen längerfristigen Auslandsaufenthalt Dauer _____ Land _____ Dortige berufliche Tätigkeit (welche) oder privat? _____

Familienstatus	Person 1	Person 2 (z. B. Ehepartner/-in)
Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig / allein stehend <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verpartnert	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig / allein stehend <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verpartnert
Kind/Kinder	<input type="checkbox"/> Keine Kinder <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____ (Name, Vorname, Geburtstag) <input type="checkbox"/> wohnt bei mir <input type="checkbox"/> wohnt nicht bei mir <input type="checkbox"/> z. Zt. in Schule / Ausbildung / Studium bis voraussichtlich: _____	<input type="checkbox"/> Keine Kinder <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____ (Name, Vorname, Geburtstag) <input type="checkbox"/> wohnt bei mir <input type="checkbox"/> wohnt nicht bei mir <input type="checkbox"/> z. Zt. in Schule / Ausbildung / Studium bis voraussichtlich: _____
	_____ (Name, Vorname, Geburtstag) <input type="checkbox"/> wohnt bei mir <input type="checkbox"/> wohnt nicht bei mir <input type="checkbox"/> z. Zt. in Schule / Ausbildung / Studium bis voraussichtlich: _____	_____ (Name, Vorname, Geburtstag) <input type="checkbox"/> wohnt bei mir <input type="checkbox"/> wohnt nicht bei mir <input type="checkbox"/> z. Zt. in Schule / Ausbildung / Studium bis voraussichtlich: _____

Weitere Personen im Haushalt

Verfügbare Informationen zur Familienplanung

Beruf	Person 1	Person 2 (z. B. Ehepartner/-in)
Beruf und ausgeübte Tätigkeit	tätig als: _____	tätig als: _____
Nicht selbständig	<input type="checkbox"/> Arbeiter / Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> in Ausbildung <input type="checkbox"/> geringfügig beschäftigt	<input type="checkbox"/> Arbeiter / Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> in Ausbildung <input type="checkbox"/> geringfügig beschäftigt
Nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann <input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger <input type="checkbox"/> Mutterschaftsurlaub / Erziehungszeit	<input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann <input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger <input type="checkbox"/> Mutterschaftsurlaub / Erziehungszeit
Selbständig / Freiberuflich	<input type="checkbox"/> Selbständiger Handwerker seit _____ <input type="checkbox"/> freiberuflich <input type="checkbox"/> mit Ansprüchen aus Versorgungswerk <input type="checkbox"/> selbständig in der Rechtsform als: _____ <input type="checkbox"/> Versicherungspflichtig in gesetzl. RV	<input type="checkbox"/> Selbständiger Handwerker seit _____ <input type="checkbox"/> freiberuflich <input type="checkbox"/> mit Ansprüchen aus Versorgungswerk <input type="checkbox"/> selbständig in der Rechtsform als: _____ <input type="checkbox"/> Versicherungspflichtig in gesetzl. RV
Öffentlicher Dienst / Beamte	<input type="checkbox"/> Beamter seit _____ <input type="checkbox"/> auf Widerruf <input type="checkbox"/> auf Probe <input type="checkbox"/> auf Lebenszeit <input type="checkbox"/> Im öffentlichen Dienst oder gleichgestellt	<input type="checkbox"/> Beamter seit _____ <input type="checkbox"/> auf Widerruf <input type="checkbox"/> auf Probe <input type="checkbox"/> auf Lebenszeit <input type="checkbox"/> Im öffentlichen Dienst oder gleichgestellt
Sonderfälle	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Vorstand AG <input type="checkbox"/> GGF mit _____% Anteil an der Gesellschaft <input type="checkbox"/> Mitarbeitender Familienangehöriger	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Vorstand AG <input type="checkbox"/> GGF mit _____% Anteil an der Gesellschaft <input type="checkbox"/> Mitarbeitender Familienangehöriger
Berufliche Zukunft und Besonderheiten ¹	_____	_____

Sonstiges & Termindetails

Anmerkungen _____

Gesprächspartner und weitere Anwesende _____

Beratungsort und Datum _____

Unterschrift(en) von Person 1 und Person 2, wenn vorhanden oder ggf. des bzw. der gesetzl. Vertreter(s)

Stempel / Unterschrift Makler

¹ Beispiel: Geplantes Sabbatjahr oder Details zur Feststellung des Berufsrisikos, wie etwa ein befristeter Vertrag

Details zum Beruf	Person 1	Person 2 (z. B. Ehepartner/-in)
Derzeit ausgeübte Tätigkeit	_____	_____
Anteil Bürotätigkeit	_____ %	_____ %
Anteil Reisetätigkeit	_____ %	_____ %
Anteil körperliche / künstlerische Tätigkeit	_____ %	_____ %
Personalverantwortung	für _____ Personen	für _____ Personen
Angestrebter Beruf	_____	_____
Höchster Bildungsabschluss ³	_____	_____
Höchste Aus- bzw. Weiterbildung ⁴	_____	_____
Name des Arbeitgebers	_____	_____
Möglichkeiten der bAV beim aktuellen AG	_____	_____
Zeitkontenmodelle beim aktuellen AG	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____
Tarifvertrag	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____
Vermögenswirksame Leistungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____
Aktuelles mtl. Nettoeinkommen	_____ € <input type="checkbox"/> Keine Angabe	_____ € <input type="checkbox"/> Keine Angabe
Aktuelles mtl. Bruttoeinkommen	_____ € <input type="checkbox"/> Keine Angabe	_____ € <input type="checkbox"/> Keine Angabe
Geschätztes Nettovermögen	_____ € <input type="checkbox"/> Keine Angabe	_____ € <input type="checkbox"/> Keine Angabe
Details zur Person	Person 1	Person 2 (z. B. Ehepartner/-in)
Größe und Gewicht	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg
Raucher	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Risikobehaftete Sportarten oder Hobbies ⁵	_____	_____
Vorerkrankungen in den letzten 5 Jahren ⁶	_____	_____
Stationäre Behandl. in den letzten 10 Jahren	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____
Regelmäßige Einnahme von Medikamenten	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____
Sonstiges	Person 1	Person 2 (z. B. Ehepartner/-in)
Krankenversicherungsstatus	<input type="checkbox"/> GKV-Pflicht <input type="checkbox"/> freiwillige GKV <input type="checkbox"/> Krankenvollversicherung <input type="checkbox"/> Beihilfe (ausschließlich) <input type="checkbox"/> Beihilfe und Restkostenversicherung <input type="checkbox"/> Freie Heilfürsorge <input type="checkbox"/> keine KV	<input type="checkbox"/> GKV-Pflicht <input type="checkbox"/> freiwillige GKV <input type="checkbox"/> Krankenvollversicherung <input type="checkbox"/> Beihilfe (ausschließlich) <input type="checkbox"/> Beihilfe und Restkostenversicherung <input type="checkbox"/> Freie Heilfürsorge <input type="checkbox"/> keine KV
Krankenkasse , sofern Mitglied	_____	_____
Kindergeldnummer (n)	_____	_____
Steueridentnummer (n)	_____	_____
Personalausweisdaten ⁷	_____	_____

² Daten werden bei der Risikoanalyse in den Bereichen Krankenversicherung und Versorgung (Arbeitskraftabsicherung, Todesfallabsicherung, Pflegefallabsicherung) benötigt.

³ Z. B. Bachelor, Master, Diplom

⁴ z. B. Meister, Abschluss Handwerkskammer, IHK-Abschluss

⁵ Kampf- oder Motorsport o. ä.

⁶ Allergien, Psyche, Herz-Kreislauf, Innere Organe, Wirbelsäule/Gelenke, Stoffwechsel, HIV/AIDS, chronische Erkrankungen (z. B. Asthma, Gicht, Morbus Crohn, usw.). Die detaillierte Erfassung bestehender Erkrankungen erfolgt im Rahmen der Antragsaufnahme. Dort muss exakt und wahrheitsgemäß auf die dort gestellten Fragen geantwortet werden. Darüber hinaus sind keine Angaben notwendig.

⁷ Personalausweisnummer, Ausstellende Behörde, Ausstellungsdatum, Geburtsort, gültig bis