

# Pflege-Renten-Versicherung Altersvorsorge mit Pflegefallabsicherung

- Anforderung eines Versicherungsvorschlages
- Bedarfsermittlung und Risikoanalyse



Bitte erstellen Sie für mich einen Vorschlag für die nachfolgend angegebene/n Versicherung/en.

Um einen individuellen, Ihren Bedürfnissen entsprechenden Vorschlag erstellen zu können, bitten wir Sie, möglichst alle Fragen umfassend zu beantworten.

Felder, die mit einem \* gekennzeichnet sind, sind für die Erstellung eines individuellen Vorschlages erforderlich und müssen ausgefüllt werden.

## PERSONENDATEN

Akademischer Titel, Vorname, Nachname \*

Straße, Nr. \*

PLZ, Ort \*

Telefon (dienstl./tagsüber) \*

Telefon (privat)

Handy

Fax

E-Mail \*

Internetadresse

Geburtsdatum \*

Familienstand:  ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden  
 eheähnliche Gemeinschaft  Lebenspartnerschaft

Kinder:  unter 18 Jahre – Anzahl: \_\_\_\_\_  
 volljährige in Schul-, Berufsausbildung,  
Studium – Anzahl: \_\_\_\_\_  
 keine Kinder

Hochschulabschluss als \_\_\_\_\_

Beruf/aktuelle Tätigkeit \*

Approbation: \*  nein  ja

BDP-Mitglied: \*  nein  ja – Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_

Mitgliedschaft in anderen Berufs- oder Fachverbänden:  
 nein  ja – Name der Verbände: \_\_\_\_\_

Raucher: \*  nein  ja

Ausübung risikoreicher Sportarten/Hobbies (bitte angeben): \_\_\_\_\_

Geplante längerfristige Auslandsaufenthalte (beruflich/privat) in  
nächster Zukunft

ja, in folgendes Land/folgende Länder: \_\_\_\_\_

nein

## A) ALLGEMEINE ANGABEN

**HINWEIS:** Falls der Platz nicht ausreicht, schicken Sie uns bitte die ergänzenden Informationen per E-Mail, Post oder Fax.

### Zu versichernde Personen:

Nr.	Name, Vorname	Geburtsdatum	Beruf und aktuell ausgeübte berufliche Tätigkeit	beruflicher Status
1	siehe oben	siehe oben	siehe oben	Beruflicher Status: <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> Freiberufler/Selbstständig <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> in Ausbildung <input type="checkbox"/> im Studium <input type="checkbox"/> Anderer: _____
2				Beruflicher Status: <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> Freiberufler/Selbstständig <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> in Ausbildung <input type="checkbox"/> im Studium <input type="checkbox"/> Anderer: _____
3				Beruflicher Status: <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> Freiberufler/Selbstständig <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> in Ausbildung <input type="checkbox"/> im Studium <input type="checkbox"/> Anderer: _____

**B) FRAGEN ZUM VERSICHERUNGSBEDARF – BEDARFSERMITTLUNG**

Zur Bedarfsermittlung steht ein spezifisches Tool/Programm – Pflegeanalyse – auf der Webseite der Wirtschaftsdienst GmbH zur Verfügung. Wir empfehlen dieses Tool zur Bedarfsermittlung zu nutzen. Bei Fragen kontaktieren Sie die Experten der Wirtschaftsdienst GmbH.

➤ **Hier geht's zur Pflegeanalyse**

Ich habe die Pflegeanalyse zur Ermittlung meines Bedarfs genutzt.

(Bitte übersenden Sie eine Kopie davon ebenfalls an die Wirtschaftsdienst GmbH)

- Die angegebenen zu versichernden Renten bzw. Tagegelder entsprechen den dabei ermittelten Werten,  
 Die angegebenen zu versichernden Renten bzw. Tagegelder entsprechen den dabei ermittelten Werten nicht. Diese sind  
 niedriger als ermittelt – es besteht die **Gefahr der Unterversicherung!**  
 höher als ermittelt

Bitte erstellen Sie für mich die Pflegeanalyse auf Basis folgender Angaben:

Bundesland, in dem mein Wohnort liegt: \_\_\_\_\_

Erwartete Rentenzahlungen bei Eintritt in den Ruhestand\*: \_\_\_\_\_ €

\* Summieren Sie hierzu bitte alle bisher für Sie bestehenden Anwartschaften für die Altersvorsorge. Hierbei sind z.B. folgende Anwartschaften zu berücksichtigen: gesetzliche Renten-Versicherung, betriebliche Altersvorsorge, Versorgungswerk, private Renten-Versicherungen, Basis-Rente, Riester-Rente).

Ich verzichte auf eine Pflegeanalyse zur Ermittlung meines Bedarfs.

**HINWEIS:** Damit besteht die Gefahr, dass die gewählte Absicherung nicht den tatsächlichen Erfordernissen entspricht

**WICHTIGE HINWEISE:**

- Bei der Annahme eines Antrages für eine Versicherung, bei der das Pflegefallrisiko versichert oder mitversichert wird, erfolgt in der Regel eine Risikoprüfung anhand von Gesundheitsfragen (siehe Antrag).
- Der Versicherer kann die Annahme eines Antrages ablehnen oder von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

**C) ALLGEMEINE FRAGEN ZUR VERTRAGSGESTALTUNG**

Gewünschter Versicherungsbeginn: \_\_\_\_\_ (ttmmjjjj)

Gewünschte Beitragszahlweise:

- monatlich     vierteljährlich     halbjährlich     jährlich     Einmalbeitrag

Beitragsdynamik:

- 3 %     4 %     5 %     andere, und zwar \_\_\_\_\_ %     keine Dynamik

**D) SPEZIFISCHE FRAGEN ZUR GEWÜNSCHTEN ABSICHERUNG – PRODUKTWAHL**

**Pflege-Renten-Versicherung – reine Risikoabsicherung**

- Absicherung Pflegestufe I, II und III  
 Absicherung Pflegestufe II und III  
 Absicherung Pflegestufe III

Ich möchte monatlich folgenden Beitrag investieren: \_\_\_\_\_ €

**ODER**

Ich möchte folgende monatliche Rente bei Eintritt der Pflegestufe III versichern: \_\_\_\_\_ €

Weitere gewünschte Vertragsmerkmale bzw. Leistungskomponenten (sofern vom gewählten Versicherer angeboten):

- Beitragsbefreiung bei Pflegestufe I (nur möglich bei Absicherung der Pflegestufen III oder II und III)  
 Karenzzeit zwischen Eintritt des Pflegefalles und Beginn der Rentenzahlung  
 3 Monate  
 6 Monate  
 12 Monate  
 keine Karenzzeit  
 Sofortleistung im Pflegefall  
 Todesfall-Leistung

**Renten-Versicherung mit Pflegeoption**

- Absicherung Pflegestufe II und III
- Absicherung Pflegestufe III

**Variante gegen laufende Beitragszahlung:**

Ich möchte monatlich folgenden Beitrag investieren: \_\_\_\_\_ €

**ODER**

Ich möchte folgende monatliche Rente bei Eintritt der Pflegestufe III versichern: \_\_\_\_\_ €

**Variante gegen Einmalbeitrag:**

Ich möchte folgenden Einmalbeitrag investieren: \_\_\_\_\_ €

**Rentenzahlung gewünscht ab dem**

- 60. Lebensjahr (frühest möglicher Beginn bei Abschluss der Versicherung bis zum 31.12.2011)
- 62. Lebensjahr (frühest möglicher Beginn bei Abschluss der Versicherung ab 01.01.2012)
- 63. Lebensjahr
- 65. Lebensjahr
- 67. Lebensjahr
- \_\_\_\_\_. Lebensjahr (individuelle Vorgabe)

**Haben Sie sonstige Wünsche zu den Leistungsparametern der gewünschten Versicherung oder möchten Sie weitere Anmerkungen machen? Hier besteht die Möglichkeit dazu:**

---



---



---



---



---



---

Weitere ergänzende Informationen folgen

- per E-Mail an mail@bdp-wirtschaftsdienst.de
- per Fax an 030-20 91 66 555
- per Post an unten stehende Adresse

**Die Information über die Wirtschaftsdienst GmbH nach §11 VersVermV und zum Datenschutz (Anlage zur Vorschlagsanforderung) habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. \***

**Ich bestätige mit der Absendung der Anforderung bzw. durch Unterschrift, daß alle Angaben von mir nach besten Wissen und Gewissen gemacht wurden. Ich bin mir bewußt, daß falsche oder unzureichende Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes oder zu nicht ausreichenden Versicherungsschutz führen können.**

**Bitte informieren Sie mich zukünftig über Neuerungen und Verbesserungen zu Versicherungs- und Vorsorgeprodukten schriftlich oder per Telefon.**

Datum \_\_\_\_\_

**X**

Unterschrift (sofern Zusendung per Fax/Post erfolgt) \_\_\_\_\_

**Formular drucken**

Bitte senden Sie den Fragebogen einfach per Fax an **030 - 20 91 66 555** oder per Post an unten stehende Adresse.

**Formular senden**

Das PDF wird an folgende E-Mail-Adresse übermittelt: **mail@bdp-wirtschaftsdienst.de**



## A) Informationsübersicht gemäß § 11 Versicherungsvermittlerverordnung

### Firmierung und Anschrift:

Wirtschaftsdienst GmbH des Berufsverbandes  
deutscher Psychologen  
Am Köllnischen Park 2  
10179 Berlin  
Telefon: 030 / 20 91 66 513  
E-Mail: m.marek@bdp-wirtschaftsdienst.de  
Internet: www.bdp-wirtschaftsdienst.de

### Geschäftsführer:

Dr. Michael Marek

### Handelsregister:

Sitz der Gesellschaft: Berlin  
Amtsgericht Berlin HRB 121060

### Zuständige Aufsichtsbehörde:

Industrie- und Handelskammer zu Berlin  
Fasanenstraße 85, 10623 Berlin  
www.berlin.ihk24.de

### Vermittlerregister-Nr.:

D-6DDQ-GSGJB-31

### Status der Tätigkeit:

Versicherungsmakler mit Erlaubnis gem.  
§ 34 d Abs. 1 Gewerbeordnung (GewO)

### Auflagen für die Erlaubnis:

Keine

### Versicherungsschein-Nr.:

VAS 0700965 Nassau Versicherungen

### Schlichtungsstellen (gemäß § 11 Ab. 1 Nr. 7):

Versicherungsombudsmann e.V.  
Postfach 080632, 10006 Berlin  
  
Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung  
Postfach 06 02 22  
10052 Berlin  
  
Ombudsfrau der privaten Bausparkassen  
Postfach 30 30 79  
10730 Berlin

### Datum der Erstellung:

31.08.2010

**Sollte es jemals zu Unstimmigkeiten kommen, steht Ihnen bei der Wirtschaftsdienst GmbH des BDP Herr Dr. Michael Marek als Ansprechpartner gerne zur Verfügung.**

**Einsicht kann genommen werden unter [www.vermittlerregister.info](http://www.vermittlerregister.info) oder DIHK, Breite Straße 29, 10178 Berlin, Tel.: 0 30 / 2 03 08 - 0.**

**Änderungen, die durch behördliche und/oder gesetzliche Auflagen bzw. durch betriebsinterne Veränderungen verursacht werden, bleiben vorbehalten. Weitere Informationen sowie Kommunikationsdaten entnehmen Sie bitte unserem Geschäftspapier oder besuchen Sie uns unter [www.bdp-wirtschaftsdienst.de](http://www.bdp-wirtschaftsdienst.de) im Internet.**

## B) Datenschutzklausel

Der Kunde willigt ein, dass seine Daten zur Erstellung von Vorschlägen, zur Vertragsvermittlung und/oder zur Vertragsdurchführung an

- Versicherer und Assekuradeure,
- Bausparkassen,
- Finanzdienstleistungsinstitute und Wertpapierhandelsgesellschaften,
- Kreditinstitute und Kapitalanlagegesellschaften,
- Sozialversicherungsträger,
- Untervermittler,
- Kooperations-, Service- und Verbundpartner (z.B. Pools),
- Rechtsanwälte, Steuerberater, Wirtschaftsprüfer,
- Versicherungsombudsmänner und
- Rechtsnachfolger

im erforderlichen Umfang übermittelt werden dürfen. Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages, auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Die Einwilligung zur Datenübermittlung erstreckt sich auch auf die Übermittlung von Daten an Rückversicherer.

Personenbezogene Gesundheitsdaten dürfen nur übermittelt werden, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos, zur Beurteilung der Leistungspflicht und zur Vertragsvermittlung erforderlich ist.

Der Kunde willigt ebenfalls ein, dass seine Daten zur Vertragsverwaltung beim Vermittler gespeichert werden.

**Wir versichern, die uns überlassenen Daten mit der gebotenen Sorgfalt und Verschwiegenheit zu behandeln. Außerdem versichern wir die Daten ausschließlich zur Versicherungsvermittlung und zur Kundenbetreuung zu verwenden und sie in keinem Fall an Adresshändler o. ä. weiter zu geben!**