

# Vorschlagsanforderung Selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung



**Bitte senden Sie mir einen Vorschlag für eine Selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung.**

Sofern Sie die Kombination einer Berufsunfähigkeitsversicherung mit einer Risiko-, Kapitallebens- oder privaten Rentenversicherung (auch Rürup/Basis-Rente) wünschen, nutzen Sie bitte das dafür zur Verfügung stehende Anforderungsformular.

Felder die mit einem Stern \* 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

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: _____

**WICHTIGE HINWEISE:**

- Bei der Annahme eines Antrages auf Berufsunfähigkeitsversicherung erfolgt eine Risikoprüfung anhand von Gesundheitsfragen sowie weiteren Angaben zu risikorelevanten Aspekten (siehe Antrag). Dazu gehören: bereits bestehende Vorerkrankungen, die Ausübung gefährlicher Sportarten bzw. Freizeitaktivitäten und geplante längere Auslandsaufenthalte.
- Geprüft wird auch die Angemessenheit der beantragten Rente. Deshalb sind Fragen zu bereits bestehenden anderen Absicherungen ebenfalls Bestandteil des Antrages.
- Der Versicherer kann die Annahme eines Antrages ablehnen oder von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

**B) WICHTIGE BEDINGUNGSMERKMALE EINER BERUFSUNFÄHIGKEITS-VERSICHERUNG**

Beim Abschluss einer Berufsunfähigkeits-Versicherung sind die dem Vertrag zu Grunde liegenden Bedingungen von besonderer Bedeutung, da diese unmittelbare Auswirkungen auf die Zahlung der Rente haben können.

Nachfolgend ist eine Auswahl von Kriterien aufgeführt, die grundsätzlich vertraglich vereinbart sein sollten (Auszug – kein Anspruch auf Vollständigkeit)

Bedingungskriterium	Empfohlen durch Wirtschaftsdienst
<b>Keine Verweisung auf andere Tätigkeit</b> Verzicht des Versicherers auf die <i>abstrakte Verweisung</i> in einen anderen Beruf entsprechend Ihrer Fähigkeiten und Kenntnisse.	✓
<b>Kurzer Prognosezeitraum</b> Leistung des Versicherers bereits bei Berufsunfähigkeit von voraussichtlich 6 Monaten.	✓
<b>Rückwirkende Anerkennung</b> Leistung des Versicherers ab Eintritt der Berufsunfähigkeit, auch rückwirkend.	✓
<b>Meldefrist</b> Leistung des Versicherers rückwirkend ab Beginn, wenn versäumt wurde die Berufsunfähigkeit innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt zu melden.	✓
<b>Erhöhungsoption</b> Berechtigt, die versicherte Rente ohne erneute Gesundheitsprüfung in einem oder mehreren Schritten auf die maximal mögliche Rente zu erhöhen.	✓
<b>Geltungsbereich</b> Weltweite Geltung des Versicherungsschutzes auch bei längerer Wohnsitzverlegung ins Ausland.	✓
<b>Dynamik</b> Möglichkeit, die Beiträge und damit die Leistungen (Rente) dynamisch anzupassen, um das Inflationsrisiko zu begrenzen.	✓
<b>Anzeigepflicht Berufswechsel/erhöhtes Risiko</b> Verzicht des Versicherers, nach Vertragsschluss Berufswechsel oder erhöhte Risiken anzuzeigen.	✓
<b>Laufzeit Rentenzahlung</b> Vertragslaufzeit grundsätzlich bis zum Beginn der gesetzlichen Regelaltersrente (67 Jahre) möglich.	✓

Die konkrete Ausgestaltung des Versicherungsschutzes ergibt sich ausschließlich aus den Bedingungen und vertraglichen Regelungen des Versicherers, bei dem die Berufsunfähigkeits-Versicherung abgeschlossen wird.

**C) SPEZIFISCHE FRAGEN ZUR VERTRAGSGESTALTUNG UND ZUM VERSICHERUNGSBEDARF**

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

**Beitragshöhe und Beitragszahlung:**

Welche monatliche Rente benötigen Sie, falls Sie Ihren Beruf nicht mehr ausüben können?

Monatliche Rente: \_\_\_\_\_ €

Bruttoeinkommen: \_\_\_\_\_ € pro Jahr *oder*

\_\_\_\_\_ € monatlich

Ich erhalte \_\_\_\_\_ Monatsgehälter (z.B. 14 inkl. Weihnachts- und Urlaubsgeld)

Gewinn vor Steuern: \_\_\_\_\_ €

**HINWEIS:** Bei Angestellten sind in der Regel max. 50 % vom Jahresbruttoeinkommen, bei Selbstständigen 60 % des zu versteuernden Einkommens absicherbar. Für Hausfrauen und Auszubildende ist in der Regel eine Monatsrente von maximal 1.000 € versicherbar. Weitere Hinweise zur Angemessenheit finden Sie im Downloadbereich – Formular)

**ALTERNATIV**

Welchen monatlichen Beitrag wollen/können Sie aufwenden?

Monatsbeitrag: \_\_\_\_\_ €

Gewünschte Zahlweise:

- monatlich  
 vierteljährlich  
 halbjährlich  
 jährlich  
 Einmalbetrag

Beitragsdynamik:

- 3 %    4 %    5 %    keine

Wünschen Sie einen verminderten Anfangsbeitrag (z.B. für Berufseinsteiger, Existenzgründer, Studenten)?

- nein  
 ja, und zwar für  3 Jahre    5 Jahre    10 Jahre    15 Jahre

Beitragshöhe des Anfangsbeitrages: \_\_\_\_\_ €

Beitragshöhe nach Ablauf des vereinbarten Zeitraumes der Zahlung des verminderten Beitrages: \_\_\_\_\_ €

Wünschen Sie eine abgekürzte Beitragszahlung?

- nein  
 ja – Dauer der Beitragszahlung  3 Jahre    5 Jahre    10 Jahre    15 Jahre

**Überschussverwendung (sofern beim gewählten Versicherer möglich):**

Welche Form der Selbstständigen Berufsunfähigkeits-Versicherung wünschen Sie?

**Klassische Selbstständige BU-Versicherung**

Die Überschüssen sollen verwendet werden für:

- Reduzierung der zu zahlenden Beiträge (Beitragsreduzierung/Sofortverrechnung) – marktübliche Regelung  
 Erhöhung der monatlichen Rente (Bonus)  
 Anlage von Überschüssen – verzinsliche Ansammlung (Auszahlung bei Ablauf der Versicherung)

**Fondsgebundene Selbstständige BU-Versicherung**

Die Anlage von Überschüssen erfolgt in einem Investmentfonds (Auszahlung bei Ablauf der Versicherung)

**Gestaltung der Leistungen bei Berufsunfähigkeit:**

Ab welchem BU-Grad soll die Rentenzahlung erfolgen?

- 50 % – übliche Regelung  
 75 %  
 Leistungsstaffel 25 % / 75 % <sup>1,2</sup>  
 Leistungsstaffel 33 1/3 % / 66 2/3 % <sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Diese Varianten werden nicht von allen Versicherern angeboten.

<sup>2</sup> Zwischen einem BU-Grad von 25 % und 75 % bzw. 33 1/3 % und 66 2/3 % wird die vereinbarte Rente anteilig entsprechend dem Grad der Berufsunfähigkeit gezahlt (Teilleistungen). Ab einem Berufsunfähigkeitsgrad von 75 % bzw. 66 2/3 % wird dann die volle versicherte Rente gezahlt.

Die Auszahlung eines Kapitalbetrages zum Ende der Laufzeit ist mir wichtig, wenn keine Berufsunfähigkeit eintritt:

- nein  
 ja

Wünschen Sie eine garantierte Steigerung der Rente bei Eintritt einer Berufsunfähigkeit?

- ja
- nein

Wünschen Sie bei Eintritt von Berufsunfähigkeit die Zahlung einer einmaligen Leistung?

- ja – Angabe in % der versicherten Jahresrente\*: \_\_\_\_\_ %
- nein

\*Versicherte Jahresrente = versicherte monatliche Rente x 12

Ab wann soll die Rentenzahlung erfolgen?

- ab Eintritt der Berufsunfähigkeit **oder**
- nach einer Karenzzeit
  - von 6 Monaten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit
  - von 12 Monaten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit
  - von 18 Monaten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit
  - von 24 Monaten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit

**Beginn und Ablauf der Versicherung:**

Gewünschter Versicherungsbeginn: \_\_\_\_\_

**Versicherungsdauer:**

- Schlussalter
- 60 Jahre
  - 63 Jahre
  - 65 Jahre
  - 67 Jahre
  - \_\_\_\_\_ Jahre

**Leistungsdauer:**

- Leistungsschlussalter
- 60 Jahre
  - 63 Jahre
  - 65 Jahre
  - 67 Jahre
  - \_\_\_\_\_ Jahre

**HINWEIS:** Schlussalter und Leistungsschlussalter können so gewählt werden, dass diese

- a) identisch sind oder
- b) das Leistungsschlussalter über dem Schlussalter liegt.  
In Variante b) werden die Leistungen bis zum gewählten Leistungsschlussalter nur dann erbracht, wenn die Berufsunfähigkeit während der Versicherungsdauer eingetreten ist.

**Beispiel 1:**

Versicherungsdauer bis zum 60. Lebensjahr; Leistungsdauer bis zum 67. Lebensjahr; Eintritt der BU im 58. Lebensjahr – Rentenzahlung erfolgt bis zum 67. Lebensjahr

**Beispiel 2**

Versicherungsdauer bis zum 60. Lebensjahr; Leistungsdauer bis zum 67. Lebensjahr; Eintritt der BU im 61. Lebensjahr – keine Rentenzahlung

**Beispiel 3:**

Versicherungsdauer bis zum 65. Lebensjahr; Leistungsdauer bis zum 65. Lebensjahr; Eintritt der BU im 61. Lebensjahr – Rentenzahlung erfolgt bis zum 65. Lebensjahr

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

---



---



---



---



---

**D) VORHANDENER BZW. BISHERIGER VERSICHERUNGSSCHUTZ (BU-VERSICHERUNGEN)**

Nummer	Vorversicherung?	Versicherungsgesellschaft	Gekündigt?	Versicherte Rente/ BU-Anspruch (in EUR)
1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
2	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

**E) AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND**

Für den Abschluss einer Berufsunfähigkeits-Versicherung ist eine Gesundheitsprüfung zwingend vorgesehen. Um den Prozess der Risikoprüfung besser einschätzen zu können, ist die Beantwortung der nachfolgenden Fragen hilfreich.

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

**Ambulante Behandlungen in den letzten 5 Jahren**

Name der Person	Genauere Diagnose	Behandlung von - bis	Ausgeheilt	Anmerkung
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

**Stationäre Behandlungen in den letzten 10 Jahren**

Name der Person	Genauere Diagnose	Behandlung von - bis	Operation	Ausgeheilt	Anmerkung
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Wurden aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 5 Jahren bereits Versicherungsanträge abgelehnt oder nur mit Erschwerungen (z.B. Beitragszuschlag, Ausschlussklausel) angenommen?

nein     ja – bei Person/en (bitte Namen und Versicherer angeben): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sonstige Wünsche zum Versicherungsschutz oder Anmerkungen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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



\_\_\_\_\_  
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!**