

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 Altersversorgung, 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 Mitversicherung Pflegestufe 0
 Absicherung Pflegestufe II und III Mitversicherung Pflegestufe 0
 Absicherung Pflegestufe III Mitversicherung Pflegestufe 0

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

- 62. Lebensjahr
- 63. Lebensjahr
- 65. Lebensjahr
- 67. Lebensjahr
- _____. Lebensjahr (individuelle Vorgabe)

Bitte übersenden Sie mir die folgenden Informationen:



Pflege braucht Vorsorge



Pflegeratgeber

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 _____



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: mail@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.:

HxF70-003878677/1279 HDI Versicherung AG

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

Stand:

24.03.2014

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 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 im Internet.

B) Datenschutzeinwilligung

Unter Berücksichtigung der Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes vereinbaren die Parteien die nachstehende Einwilligungsklausel.

Der/die Mandant/in willigt ein, dass die von dem Makler (Wirtschaftsdienst GmbH des BDP) im Rahmen des Maklerauftrags befassten Versicherungsunternehmen diejenigen Daten, welche sich aus den Antragsunterlagen oder im Rahmen der Durchführung des Versicherungsvertrages ergeben, etwa durch Beitragsleistungen, Schadensmeldungen, den Eintritt oder die Abwicklung eines Versicherungsvertrages oder durch Vertragsänderungen, in erforderlichem Umfang an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Durchführung und Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und von Ansprüchen an andere Versicherungsunternehmen und an ihre Versicherungsverbände übermitteln dürfen.

Diese Einwilligung gilt ausdrücklich unabhängig von dem Zustandekommen des jeweiligen Versicherungsvertrages auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen, bei künftigen Anträgen sowie im Rahmen von Schadensbearbeitungen.

Hierneben willigt der/die Mandant/in ein, dass diese Versicherungsunternehmen allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und

an den Makler weitergeben, wenn und soweit dies zur ordnungsgemäßen Durchführung ihrer/seiner Versicherungsangelegenheiten erforderlich ist.

Gesundheitsdaten dürfen ausschließlich an Personen- und Rückversicherer sowie an Makler übermittelt werden, an Letztere aber nur dann, wenn es zur Angebotsabgabe oder zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Die Einwilligung gilt im Rahmen der Gesetze auch für die Speicherung und Weiterverarbeitung von Daten beim Versicherungsmakler selbst. Gleiches gilt sinngemäß dann, wenn der Versicherungsmakler Versicherungsdeckung über Dritte, insbesondere einen Maklerpool oder einen Sparten-, Spezial- oder sonstigen Makler* einholt.

* Die Wirtschaftsdienst GmbH arbeitet aktuell mit folgenden Maklerpools bzw. Maklern zusammen: Netfonds AG (Hamburg), ARUNA (Berlin), ASC (Bayreuth), inoBroker 24 GmbH (Pleidelsheim), VERSFINANZ (München) und Kooperationspartner der Wirtschaftsdienst GmbH des BDP. (Stand 24.03.2014)

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