



Jan Pohl  
versicherungsmakler.ac

## Datenaufnahme:

Datum:

Versicherungsmakler:  
Jan Pohl  
Kaiser-Friedrich-Allee 18  
52074 Aachen  
E-Mail: [pohl@versicherungsmakler.ac](mailto:pohl@versicherungsmakler.ac)  
Mobil: 0178-5267645  
Festnetz: 0241-97904644  
[www.versicherungsmakler.ac](http://www.versicherungsmakler.ac)

### Personendaten Kunde/Auftraggeber:

Anrede	Nachname, Vorname	Adresse	Geb.dat.	Geburtsort	Titel

Familienstand: \_\_\_\_\_

Wohnsituation:

Miete	Eigentum	
	Selbst- genutzt	Fremd- genutzt

### Lebenspartner in häuslicher Gemeinschaft:

Anrede	Nachname, Vorname	Geb.dat.	Beruf	Titel

### Kinder:

Anrede	Nachname, Vorname	Beruf	Geb.dat.	Eigener Haushalt (X=ja)

### Kontaktdaten:

Telefon (privat)	Telefon (mobil)	E-Mail

## Beruf:

Berufsbezeichnung:	Status (Angest./Selbst./Beamter)	Höchster Abschluss / Berufsausbildung:		
Arbeitgeber:	Branche:	Seit	Befristet bis	GRV seit:

## Einkommen:

(Brutto-Netto Rechner: <http://www.handelsblatt.com/brutto-netto-rechner>)

Brutto (mtl.)	Netto (mtl.)	Anzahl Gehälter	Besoldungsstufe (Beamte/ÖD)	Steuer- klasse	Sonst. Einkommen	VL durch AG
Steuer ID			Sozialversicherungsnummer			

## Krankenkasse:

### Gesetzlich:

Pflicht	Freiwillig	Familie	Student

Krankenkasse	Versicherungsnummer	Familienversicherte Personen

### Private Krankenvollversicherung (substitutiv):

Krankenkasse	Versicherungsnummer	Versicherte Personen	Beihilfestatus/Beihilfesatz
Beitrag mtl.:	Beginndatum:		
Selbstbeteiligung:	Tarifbezeichnungen:		

### Private Sachversicherungen (Vermögensabsicherung):

Sparte	Gesellschaft	Versicherungsnummer	Beginn	Ende	€	Z W	Bemerkung	
Haftpflicht							Versicherungssumme  Forderungsausfalldeckung	
Hausrat/ Glas							Wohnfläche qm:  Fahrrad: Wert  Glas:	
Gebäude/ Glas							Wert 1914	
							QM	
							BJ/Renov:	
Recht- schutz							Sparten: Privat Beruf Verkehr Wohn/Grund	
KFZ							Schlüsselnummern: Hersteller/Typ Schadenfreiheitsklasse: VK _____ TK _____ SB _____	
Tierhalter- haftpflicht							Hund	Pferd
							Name	Name
							Rasse	Rasse

### Absicherung gegen Einkommensverluste:

Sparte	Gesellschaft	Versicherungsnummer	Beginn	Ende	€	ZW	Bemerkung
BU/ EU/ DU							Rentenhöhe  Ablaufalter
Kranken- tagegeld							
Unfall							Versicherungsgrundsumme  Progression
RLV							Todesfallsumme  Ablaufalter
Sonst.							

**Krankenzusatzversicherung:**

Sparte	Gesellschaft	Versicherungsnummer	Beginn	Tarif	€	ZW	Bemerkung
Zahn							
Stationär							
Ausland							
Kranken-Tagegeld							
Ambulant/ Ergänzung							
Kranken- haustage- geld							

**Vorsorge:**

Schicht	Gesellschaft	Versicherungsnummer	Beginn	Ablauf	Tarif	€	ZW	Bemerkung/ Anlageform
Basis/ Rürup								
Riester								
Privat ab 2005								
BAV								

**Gesundheitszustand:** Besonderheiten der letzten 10 Jahre, oder chronisch **Größe**\_\_\_\_\_ **cm** **Gewicht**\_\_\_\_\_ **kg**

Art der Erkrankung	Dauer der Erkrankung (von-bis?)	Behandlung/Medikamente/Dosis	Ausgeheilt Ja/Nein seit?

**Vermögen:** Hausbank: \_\_\_\_\_ IBAN: \_\_\_\_\_

Art	Gesellschaft/ Nummer	Summe vorhanden	Regelmäßig		Ziel/Zweck
			Rate		
Notgroschen					
Depot					

**Verbindlichkeiten/ Kredite:**

Art	Gesellschaft	Summe	Regelmäßig		Zweck
			Ja	Nein	
Dispokredit		Guthaben			
		Soll			
		offen			Ende
		offen			Ende

**Monatlich frei verfügbares Einkommen:**

Regelmäßig: \_\_\_\_\_ Einmalig: \_\_\_\_\_

Sonstige Gesprächsteilnehmer: \_\_\_\_\_ Gesprächsdauer: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

**Nächster Termin:**

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Zeit: \_\_\_\_\_

**Bemerkungen:**

---

**Ich bestätige die Richtigkeit der oben genannten Angaben. Diese Daten sollen Grundlage für eine weitergehende Beratung durch den Versicherungsmakler sein. Die gegenseitigen Rechte und Pflichten sowie die Datenschutzbestimmungen regelt der Maklervertrag.**

Ort, Datum:

Unterschrift Kunde: \_\_\_\_\_ Unterschrift Versicherungsmakler: \_\_\_\_\_