

Bitte senden Sie uns das ausgefüllte Formular per Fax an 04471/7095430 oder per Post an RHC Versicherungsmakler GmbH, St.-Ludger-Straße 6, 49661 Cloppenburg

Datenerfassungsbogen Basisrente

Seite 1 von 1

Daten Vertriebspartner

Firma _____	Name _____	Vorname _____								
Telefax _____	eMail _____	Partnernummer <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								

Persönliche Daten der zu versichernden Person(en)

PERSON 1 <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Familienstand _____ Kinder _____ Ausgeübter Beruf _____			PERSON 2 <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Familienstand _____ Kinder _____ Ausgeübter Beruf _____		
--	--	--	--	--	--

Adresse					
Strasse, Hausnummer _____			PLZ, Ort _____		
Telefon _____		Telefax _____		Mobil _____ eMail _____	

Berufsstatus		
1 2 Person <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Selbständige/r <input type="checkbox"/> Selbständige/r & GRV-Pflicht	1 2 Person <input type="checkbox"/> Geschäftsführer/in & GRV Pflicht <input type="checkbox"/> Geschäftsführer/in & bAV <input type="checkbox"/> beherrschender GGF	1 2 Person <input type="checkbox"/> Freiberufler & Versorgungswerk <input type="checkbox"/> Beamter

Einkommen		Zu versteuerndes Jahreseink. (bei Selbständigen & Freiberuflern)	
Bruttojahreseinkommen (bei Arbeitnehmern)	Person 1 _____ €	Person 1 _____ €	Person 2 _____ €
	Person 2 _____ €	Person 2 _____ €	

Beiträge (p.a.)		Zur gesetzl. Rentenversicherung		Zum Versorgungswerk	
	Person 1 _____ €	Person 1 _____ €	Person 1 _____ €	Person 2 _____ €	Person 2 _____ €
	Person 2 _____ €	Person 2 _____ €	Person 2 _____ €		

Versicherungsstatus		
1 2 Person <input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenversicherung <input type="checkbox"/> private Krankenversicherung	1 2 Person <input type="checkbox"/> pflegeversicherungspflichtig <input type="checkbox"/> arbeitslosenversicherungspflichtig	1 2 Person <input type="checkbox"/> rentenversicherungspflichtig

Technische Daten

Beitrag	Person 1 _____ €	Person 2 _____ €			
Zahlweise	Person 1 <input type="checkbox"/> Einmalbeitrag <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> monatlich	Person 2 <input type="checkbox"/> Einmalbeitrag <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> monatlich			
Garantierte Rentenhöhe p.a.	Person 1 _____ €	Person 2 _____ €			
Berufsunfähigkeitsrente p.a.	Person 1 _____ €	Person 2 _____ €			
Witwen-Witwerrente p.a.	Person 1 _____ €	Person 2 _____ €			
Waisenrente p.a.	Person 1 _____ €	Person 2 _____ €			
Rentengarantiezeit	1 2 Person <input type="checkbox"/> 5 Jahre	1 2 Person <input type="checkbox"/> 10 Jahre	1 2 Person <input type="checkbox"/> 15 Jahre	1 2 Person <input type="checkbox"/> 20 Jahre	1 2 Person <input type="checkbox"/> 25 Jahre
1 2 Person <input type="checkbox"/> Beitragsrückgewähr in Ansparphase <input type="checkbox"/> Todesfallschutz in Ansparphase	1 2 Person <input type="checkbox"/> klassischer Deckungsstock <input type="checkbox"/> fondsorientierter Deckungsstock	1 2 Person <input type="checkbox"/> britischer Deckungsstock			

Nur zu beantworten wenn fondsorientierter Deckungsstock ausgewählt wurde:

Art:	<input type="checkbox"/> individuell	Strategie:	<input type="checkbox"/> Sicherheit
	<input type="checkbox"/> gemanagt		<input type="checkbox"/> Wachstum
			<input type="checkbox"/> Chance

Hiermit bestätige ich, sämtliche Fragen zu meiner Person gegenüber dem Berater vollständig und ohne jegliche Weglassung beantwortet zu haben. Die Haftung für meine eigenen Angaben obliegt ausschließlich mir. Hiermit stelle ich den Berater von jeglicher diesbezüglicher Haftung betreffs meiner Personen- und Vertragsdaten ausdrücklich frei.

Name, Vorname

Datum, Ort

Unterschrift Berater

Unterschrift Kunde
