

**Versicherungsnehmer:**
**Beratung durch:**

innofima GmbH

Zum Eistruper Feld 9 • 49143 Bissendorf

Tel.: 05402 / 9855990

Fax: 05402 / 9855991

kontakt@innofima.de

http://www.innofima.de

**Persönlicher Ansprechpartner:**

<b>Allgemein:</b>	
Neue Stellung im Unternehmen:	<input type="text"/>
Ist der Karrieresprung auf eine besondere Qualifizierungsmaßnahme zurück zu führen (Studienabschluss, weitere Ausbildung)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , auf welche? <input type="text"/>
Hat sich Ihre Tätigkeit geändert? Z.B. Aufsichtsführend (Anzahl der Mitarbeiter!), beratend, im Innen-/Außendienst tätig.	<input type="text"/>
Neues Bruttoeinkommen:	<input type="text"/> € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährlich
Neues Nettoeinkommen:	<input type="text"/> € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährlich
Vorheriges Bruttoeinkommen:	<input type="text"/> € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährlich
<b>Versicherungen:</b>	Hinweis: Grundsätzlich eine evtl. neue Berufsgruppeneinstufung beachten!
<input type="checkbox"/> <b>Kfz-Versicherung</b>	Hinweis: Evtl. Anpassung der Jahreskilometerfahrleistung vornehmen!
<input type="checkbox"/> <b>Krankentagegeldversicherung</b>	Hinweis: Prüfung, ob weiterhin GKV-Pflicht besteht! Aktuelle Einkommensgrenzen beachten.
Sollen die aktuell vereinbarten Tagessätze erhöht werden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, auf <input type="text"/> € tgl.
<input type="checkbox"/> <b>Unfallversicherung</b>	
Sollen die Versicherungssummen geändert werden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , welche Änderungen werden gewünscht? <input type="text"/>

**Checkliste Karrieresprung** / Seite 2/2

<input type="checkbox"/> <b>Risikolebensversicherungen</b>	Hinweis: Bestehende Versicherungen auf Nachversicherungsoption prüfen (Erhöhung der Versicherungssummen ohne erneute Gesundheitsprüfung)!
Sollen die Versicherungssummen geändert werden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , welche Änderungen werden gewünscht? <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<input type="checkbox"/> <b>Berufsunfähigkeitsversicherung</b>	Hinweis: Bestehende Versicherungen auf Nachversicherungsoption prüfen (Erhöhung der Versicherungssummen ohne erneute Gesundheitsprüfung)!
Sollen die bestehenden Berufsunfähigkeitsversicherungen hinsichtlich der bestehenden Rentenhöhe und des aktuellen Bedarfs überprüft werden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> <b>Lebens- und Rentenversicherung</b>	
Sollen steuerbegünstigte Versicherungen hinsichtlich der geänderten steuerlichen Veranlagung überprüft werden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Soll eine grundsätzliche Überprüfung des Vorsorgeziels erfolgen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Unterschrift:</b>	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Datum, Name
Rev001 vom 04.11.2009	