

## Beratungsprotokoll zur betrieblichen Altersversorgung

Beratung des  Arbeitnehmers  Erstgespräch  
 Arbeitgebers  Folgegespräch

Angaben zum Vermittler

Name \_\_\_\_\_  
 Straße \_\_\_\_\_  
 Wohnort/Sitz \_\_\_\_\_  
 Telefonnummer \_\_\_\_\_  
 zusätzlicher Gesprächsteilnehmer \_\_\_\_\_  
 Tätigkeit im Unternehmen \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_  
 Registernummer \_\_\_\_\_  
 Vermittlernummer \_\_\_\_\_  
 Begleiter des Vermittlers \_\_\_\_\_

### Informationserhebung zum Unternehmen und Empfehlung zur bAV

- bei Arbeitgeberberatung -

<p>Rechtsform  <input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> OHG <input type="checkbox"/> GbR  <input type="checkbox"/> Einzelfirma <input type="checkbox"/> GmbH &amp; Co. KG</p> <p>Existieren weitere Niederlassungen?  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, an den Standorten</p> <p>Besteht Tarifbindung?  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Gibt es einen Betriebsrat?  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Zahlen Sie VWL?  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Besteht bereits eine betriebliche Altersversorgung?  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Falls ja, wie wurden die Arbeitnehmer informiert?  <input type="checkbox"/> Aushang <input type="checkbox"/> Rundschreiben <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Besteht ein Kollektivrahmenvertrag für die bAV?  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____</p>	<p>Branche        _____</p> <p>Mitarbeiteranzahl _____</p> <p>Liegt eine Tariföffnungsklausel vor?  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Falls ja, Name Ansprechpartner, Telefonnr.        _____</p> <p>Falls ja, in welcher Höhe?        _____</p> <p>Falls ja, welche (r) Durchführungsweg (e)?        _____</p> <p>Wie wird die bAV finanziert?  <input type="checkbox"/> durch den Arbeitgeber mit _____ EUR  <input type="checkbox"/> durch den Arbeitnehmer mit _____ EUR  <input type="checkbox"/> gemischte Finanzierung  <input type="checkbox"/> durch VWL</p>
---	--

Welche Wünsche haben Sie in Bezug auf die bAV? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Unsere Empfehlung an Sie mit Begründung \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nehmen Sie unsere Empfehlung an?  
 ja  nein, entgegen der Empfehlung wird Folgendes gewünscht: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Informationserhebung zur Situation des Arbeitnehmers und Empfehlung zur bAV**  
-bei Arbeitnehmerberatung-

<p>Welcher Steuerklasse unterliegen Sie?  <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V</p>	<p>Besteht Kirchensteuerpflicht?  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Haben Sie Kinderfreibeträge?  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl _____</p>	<p>Haben Sie andere/weitere Freibeträge?  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Höhe _____</p>
<p>Höhe des monatlichen Bruttoverdiensts          _____ EUR</p>	<p>Erhalten Sie Sonderzahlungen? Anzahl/Höhe          _____</p>
<p>Werden VWL gezahlt?  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Falls ja, in welcher Höhe?          _____</p>
<p>Sind Sie GKV-versichert?  <input type="checkbox"/> ja, Beitragssatz _____ %  <input type="checkbox"/> nein, mtl. Beitrag PKV _____ EUR</p>	
<p>Besteht bereits eine betriebliche Altersversorgung?  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Falls ja, welche (r) Durchführungsweg (e)?          _____</p>
<p>Falls ja, wie wird die bAV finanziert?  <input type="checkbox"/> durch Ihren Arbeitgeber  <input type="checkbox"/> durch Sie  <input type="checkbox"/> gemischte Finanzierung  <input type="checkbox"/> durch VWL</p>	<p>Wann wurde Ihre Versorgung im Alter          zuletzt überprüft? Ergebnis?          _____          _____</p>
<p>Wünschen Sie eine Überprüfung der Altersversorgung?  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>Welche Wünsche haben Sie in Bezug auf die bAV? Wie stellen Sie sich diese für die Zukunft vor? Wie wollen Sie Ihr Recht auf Entgeltumwandlung durchführen?          _____          _____          _____</p>	
<p>Unsere Empfehlung an Sie mit Begründung          _____          _____          _____</p>	
<p>Nehmen Sie unsere Empfehlung an?  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, entgegen der Empfehlung wird Folgendes gewünscht:          _____          _____          _____</p>	

Ich willige ein, dass die vorstehenden Daten an die Barmenia Lebensversicherung a. G. übermittelt werden dürfen. Die Barmenia Lebensversicherung a. G. ist befugt, die Daten zu Beweis Zwecken zu speichern. Die Zustimmung zur Speicherung und Übermittlung kann von mir jederzeit widerrufen werden. Es gelten im Übrigen die Angaben des Versicherungsnehmers im Antrag.

Eine Übersicht der wichtigsten Aspekte der empfohlenen Durchführungswege ist beigelegt.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitnehmer

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vermittler