

Anforderungs-Coupon

Versorgungsanalyse Arbeitnehmer

Kunde		Partner(in)	
Name, Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl, Wohnort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden		
Telefon/Mobil	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Berufsstatus	<input type="checkbox"/> AN ÖD	<input type="checkbox"/> AN ÖD <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Richter <input type="checkbox"/> Soldat <input type="checkbox"/> Sonstiger	
Berufsgruppe		<input type="checkbox"/> Polizei <input type="checkbox"/> Lehrer <input type="checkbox"/> Feuerwehr <input type="checkbox"/> Bundespolizei <input type="checkbox"/> Justizvollzug <input type="checkbox"/> Berufssoldat <input type="checkbox"/> Zeitsoldat <input type="checkbox"/> Sonstiger	
Eintritt in den Öffentlichen Dienst	Datum <input type="text"/> Lohnsteuerklasse <input type="text"/>	Datum <input type="text"/> Lohnsteuerklasse <input type="text"/>	
Kirchensteuer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, Bundesland/Wohnort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Kinder	Anzahl der Kinder (kindergeldberechtigt) <input type="text"/> Anzahl der Kinderfreibeträge <input type="text"/>	Anzahl der Kinder (kindergeldberechtigt) <input type="text"/> Anzahl der Kinderfreibeträge <input type="text"/>	

Daten

Berechnungsgrundlagen

Zusatzversorgungskasse

<input type="checkbox"/> VBL West	<input type="checkbox"/> ZVK Emden	<input type="checkbox"/> ZVK Rheinische	<input type="checkbox"/> ZVK Wiesbaden
<input type="checkbox"/> VBL Ost	<input type="checkbox"/> ZVK Frankfurt am Main	<input type="checkbox"/> ZVK Saarland	<input type="checkbox"/> Kirchliche ZVK Baden
<input type="checkbox"/> ZVK Baden Württemberg	<input type="checkbox"/> ZVK Hannover	<input type="checkbox"/> ZVK Sachsen	<input type="checkbox"/> Kirchliche ZVK Darmstadt
<input type="checkbox"/> ZVK Bayern	<input type="checkbox"/> ZVK Kassel	<input type="checkbox"/> ZVK Sachsen Anhalt	<input type="checkbox"/> Kirchliche ZVK Diözesen Deutschland
<input type="checkbox"/> ZVK Brandenburg	<input type="checkbox"/> ZVK Köln	<input type="checkbox"/> ZVK Thüringen	<input type="checkbox"/> Kirchliche ZVK Hannover
<input type="checkbox"/> ZVK Darmstadt	<input type="checkbox"/> ZVK Mecklenburg Vorpommern	<input type="checkbox"/> ZVK Westfalen-Lippe	<input type="checkbox"/> Kirchliche ZVK Rheinland-Westfalen

Abrechnungsverband I II

Wurden bereits in 12/2001 und weiterhin in 01/2002 zusätzliche Umlagen gezahlt? Ja Nein

Findet eine Höherversicherung statt? Ja Nein

Erreichte Versorgungspunkte Stand TT.MM.JJJJ (lt. Versicherungsnachweis)

Zusatzversorgungspflichtiges Entgelt

Jahresentgelt € € € €

für das laufende Kalenderjahr ist das voraussichtliche Jahreseinkommen einzufragen.

Vorhandene Entgeltumwandlung in Höhe von €

Rente wegen voller Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung (lt. Renteninformation) €

Regelaltersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (lt. Renteninformation) €

Krankenversicherung gesetzlich privat

Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten von der SIGNAL IDUNA Gruppe* zum Zwecke einer Beamten-Versorgungsanalyse und zur Kontaktaufnahme per Brief, Telefon und E-Mail gespeichert, verarbeitet und für die von mir erbetene Beratung durch den mich betreuenden Vermittler, beauftragte Dritte oder Mitarbeiter der SIGNAL IDUNA Gruppe genutzt werden.

* Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe: SIGNAL Krankenversicherung a. G., IDUNA Vereinigte Lebensversicherung a. G. für Handwerk, Handel und Gewerbe, SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG, SIGNAL IDUNA Bauspar AG

Hauptverwaltung Dortmund: Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund, Telefon 0231 135-0
Hauptverwaltung Hamburg: Neue Rabenstraße 15-19, 20354 Hamburg, Telefon 040 4124-0

Ort, Datum Unterschrift