

bAV RISIKOANALYSE –
Datenerfassung für die betriebliche Altersversorgung
MODUL: GESELLSCHAFTER-GESCHÄFTSFÜHRER
 (GGF-MODUL)

per Fax: 02606/2272

ERGÄNZENDE KUNDENDATEN:

Firma/Kunde/Interessent:

Name des GF

Geburtsdatum

Diensteintritt:

Lebenspartner Name

männlich weiblich

Geburtsdatum:

Gründung des Betriebes:

Gründung der GmbH:

Im Falle eines Rechtsformwechsels: Wie war die Stellung des GF im Betrieb vor GmbH-Gründung?

Arbeitnehmer mit Leitungsfunktion Inhaber

Geburtsdatum der Kinder: ① ② ③ ④

Beteiligungssituation:

Wer besitzt weitere Anteile:

Stellung dieser Anteilseigner¹:

Sind Anteilseigner Familienmitglieder (Ehepartner, Kinder)? Ja Nein

Sollen Anteilseigner eine Zusage erhalten?²

Sind Sie beherrschend?

steuerrechtlich Ja Nein

arbeitsrechtlich Ja Nein

sozialversicherungsrechtlich Ja Nein

Bezüge³:

Monatliches Bruttoeinkommen

€

Wie häufig gezahlt?

X

Vorhandene Versorgungsregelungen:

Betrag⁴

Direktversicherung (§ 40 b EStG)	<input type="checkbox"/> AG-finanziert	<input type="checkbox"/> Entgeltumwandlung	€
Direktversicherung (§ 3 Nr. 63 EStG)	<input type="checkbox"/> AG-finanziert	<input type="checkbox"/> Entgeltumwandlung	€
Pensionskasse (§ 40 b EStG)	<input type="checkbox"/> AG-finanziert	<input type="checkbox"/> Entgeltumwandlung	€
Pensionskasse (§ 3 Nr. 63 EStG)	<input type="checkbox"/> AG-finanziert	<input type="checkbox"/> Entgeltumwandlung	€
Pensionsfonds (§ 3 Nr. 63 EStG)	<input type="checkbox"/> AG-finanziert	<input type="checkbox"/> Entgeltumwandlung	€
Pensionsfonds (§ 3 Nr. 66 EStG)	<input type="checkbox"/> AG-finanziert	<input type="checkbox"/> Entgeltumwandlung	€
rückgedeckte Unterstützungskasse	<input type="checkbox"/> AG-finanziert	<input type="checkbox"/> Entgeltumwandlung	€
dotierte Unterstützungskasse	<input type="checkbox"/> AG-finanziert	<input type="checkbox"/> Entgeltumwandlung	€
rückgedeckte Direktzusage	<input type="checkbox"/> AG-finanziert	<input type="checkbox"/> Entgeltumwandlung	€
nicht rückgedeckte Direktzusage	<input type="checkbox"/> AG-finanziert	<input type="checkbox"/> Entgeltumwandlung	€
Riesterrente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	€
Basisrente (Rürup)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	€
Höhe der gesetzlichen Rentenansprüche	Altersrente		€
	Hinterbliebenenrente		€
	Erwerbsminderungsrente		€

bAV RISIKOANALYSE –
Datenerfassung für die betriebliche Altersversorgung
MODUL: GESELLSCHAFTER-GESCHÄFTSFÜHRER
(GGF-MODUL)

per Fax: 02606/2272

BESTEHENDE VERSORGUNGEN

Kopien der bestehenden aktuellen Versorgungsunterlagen wurden an den Makler ausgehändigt ⁵ .	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist eine Überprüfung des bestehenden Versorgungswerkes erwünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist eine Überprüfung des bestehenden Finanzierungsmodells erwünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

GEWÜNSCHTE VERSORGUNGSREGELUNGEN:

Haben Sie bereits Vorstellungen über die Gestaltung und Finanzierung Ihrer betrieblichen Altersversorgung?

Wenn ja, welche?

Versorgungszeitraum

Zusagedatum _____ Versorgungsbeginn _____

Umfang der Versorgung⁶

- | | |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Altersversorgung | Höhe _____ |
| <input type="checkbox"/> monatliche Rente | |
| <input type="checkbox"/> Kapitalleistung | |
| <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung bei BU | |
| <input type="checkbox"/> BU-Rente | |
| <input type="checkbox"/> Hinterbliebenenversorgung | |

Beratungsort und Datum: _____

Unterschrift *Kunde*

Unterschrift *Makler*

1) Geschäftsführer, Prokuristen, Arbeitnehmer
2) Bitte konkret erläutern
3) Ohne Tantieme und sonstige geldwerte Vorteile
4) Kapitalleistung bzw. Jahresrente
5) Folgende Unterlagen werden zusätzlich benötigt: Bei Direktversicherung, Pensionsfonds und Pensionskasse die Kopie der Police und ggf. die Entgeltumwandlungsvereinbarung. Bei Pensionszusage die Kopie der Zusage und die Unterlagen über das Finanzierungsmodell. Bei Unterstützungskasse die Kopie des Leistungsplans und die Unterlagen über das Finanzierungsmodell.
6) Bitte Abhängigkeiten vom Gesundheitszustand beachten