

Beratungsprotokoll: betriebliche Altersversorgung (Arbeitnehmerberatung)

Vermittler/Gesellschaft: _____ Vorgangs- / Antrags-Nr.: _____

Termin / Ort _____

Gesprächsteilnehmer: _____

Gesprächsanlass: Umsetzung des Tarifvertrages zur Entgeltumwandlung für Ärztinnen und Ärzte im Geltungsbereich des TV-Ärzte vom 27.08.2009 (TV-Entgeltumwandlung-Ärzte)

1. Persönliche Angaben der Ärztin/des Arztes (weitere Personendaten siehe Antrag vom:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

)

Name, Vorname: _____ Familienstand: ledig verheiratet Lebenspartner

Geburtsdatum:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Kinder / Alter: _____ / _____

Arbeitgeber (Einrichtung. / Adresse) _____

Beruf/Funktion: _____ dort beschäftigt seit: _____

2. Beratung / Information

Folgende Informationen und Unterlagen wurden übergeben:

- vollständige Angebotsunterlagen
- die zu erwartenden Garantiewerte (Rente / Kapital)
- prognostizierte Gesamtleistung (Rente / Kapital)
- Verlauf der Rückkaufswerte während der Anwartschaft
Hinweis: Der Arbeitnehmer wurde darüber informiert, dass ein Rückkauf durch die Bestimmungen des Betriebsrentengesetzes in der Regel nicht möglich ist und das der Abruf der Leistungen im Zusammenhang mit dem Ausscheiden aus dem Unternehmen aus Altersgründen (nicht vor dem 60. Lebensjahr) zulässig ist.
- Ausweis der im Vertrag enthaltenen Abschluss- und Vertriebskosten.
- Information zur Portabilität: Der Arbeitnehmer wurde darüber informiert, dass die Mitnahme bei einem Arbeitgeberwechsel derzeit nur innerhalb der gleichen Unterstützungskasse möglich ist. Als Voraussetzung für eine Übertragung muss der neue Arbeitgeber den Durchführungsweg Unterstützungskasse beim selben Versorgungsträger anbieten.

3. Lösungsvorschlag

Der Abschluss folgender Lösungen wird empfohlen (Durchführungsweg) / Begründung

Der Beitrag für den Lösungsvorschlag ist unter Berücksichtigung der vom Kunden genannten Einkommensverhältnisse angemessen.

4. Zusätzliche Angaben und Hinweise zum Beratungsgespräch

5. Antrag Details siehe Antrag vom: | | | | | | | | | |

Der oben angegebene Lösungsvorschlag wurde beantragt: ja nein

Bei Nichtakzeptanz der Lösung:

Der Antrag weicht von dem Lösungsvorschlag des Vermittlers ab bzw. wird nicht gestellt aus folgenden Gründen:

6. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Mir ist bekannt, dass die ECCLESIA mildenberger HOSPITAL GmbH als von meinem Arbeitgeber beauftragter Versicherungsmakler mit der Durchführung der Entgeltumwandlung und mit der Beratung der Arbeitnehmer/innen hierzu beauftragt ist. Die ECCLESIA mildenberger HOSPITAL GmbH erhebt und verarbeitet zu diesem Zweck im Auftrag meines Arbeitgebers personenbezogene Daten, unter anderem mit Hilfe von Datenverarbeitungsanlagen. **Ich willige ein**, dass die ECCLESIA mildenberger HOSPITAL GmbH im zur Durchführung der Entgeltumwandlung erforderlichen Umfang personenbezogene Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung ergeben, an meinen Arbeitgeber sowie an den beteiligten Versicherer übermittelt. **Ich willige ferner ein**, dass die ECCLESIA mildenberger HOSPITAL GmbH meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in Datensammlungen führt, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Vertragsangelegenheiten dient.

Meine Einwilligung kann ich jederzeit durch eine Erklärung an die Ecclesia Gruppe – Vorsorgemanagement – Widerspruchsstelle, Postfach 1161, 32701 Detmold, widerrufen.

Mir ist bekannt, dass die weitere Vertragsdurchführung zur Entgeltumwandlung im Fall des Widerrufs meiner vorstehenden Einwilligung nicht weiter möglich sein wird.

Ort, Datum	Unterschrift Ärztin/Arzt
.....

7. Unterschriften

Ein Exemplar der Dokumentation wurde dem/der Arbeitnehmer/in ausgehändigt. ja
Informationen über den Vermittler, seine Beratungsgrundlage sowie die Schlichtungsstelle wurden ausgehändigt. ja

Ort / Datum	Vermittler	Ärztin/Arzt
-------------	------------	-------------