

# Kaufmann/Kauffrau für Versicherungen und Finanzen

## Deckblatt für die Reporte zum Fallbezogenen Fachgespräch

ÄVO 2014

--	--

Name, Vorname Prüfungsteilnehmer/in (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Prüfungsausschuss

<b>Fachrichtung Versicherung</b>	<b>Fachrichtung Finanzberatung</b>
<p>Die <b>beiden</b> gewählten Wahlqualifikationseinheiten sind (bitte kreuzen Sie an):</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 1. Kundengewinnung und Bestandsausbau</li><li><input type="checkbox"/> 2. Marketing</li><li><input type="checkbox"/> 3. Steuerung und Verkaufsförderung in der Vertriebseinheit</li><li><input type="checkbox"/> 4. Risikomanagement</li><li><input type="checkbox"/> 5. Vertrieb von Produkten der betrieblichen Altersvorsorge</li><li><input type="checkbox"/> 6. Vertrieb von Versicherungsprodukten für Gewerbekunden</li><li><input type="checkbox"/> 7. Optimierung von Kundenbeziehungen und Versicherungsbeständen</li><li><input type="checkbox"/> 8. Schadenservice und Leistungsmanagement</li></ul>	<p>Die <b>beiden</b> gewählten Wahlqualifikationseinheiten sind (bitte kreuzen Sie an):</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 1. Finanzierungsberatung von gewerblichen Kunden</li><li><input type="checkbox"/> 2. Optimierung von Finanzproduktbeständen der Kunden</li><li><input type="checkbox"/> 3. Private Immobilienfinanzierung und Versicherungen</li><li><input type="checkbox"/> 4. Vertrieb von Produkten der betrieblichen Altersvorsorge</li></ul>

### Qualifikationseinheiten und dazugehörige Themen der betrieblichen Fachaufgaben/Reporte

Qualifikationseinheit:  Thema:
Qualifikationseinheit:  Thema:

### Ansprechpartner/-in/Betreuer/-in der Fachaufgaben im Ausbildungsbetrieb

--	--

Name, Vorname

Telefon

Ich bestätige, dass der/die o.g. Prüfungsteilnehmer/-in die Fachaufgaben im Betrieb selbständig durchgeführt hat.

Ich versichere, die beiden Fachaufgaben selbständig durchgeführt und die Reporte persönlich erstellt zu haben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift/Stempel Auszubildende/r

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Prüfungsteilnehmer/in