

**bfh** Finanzhaus Berlin GmbH

*Versorgungsanalyse*

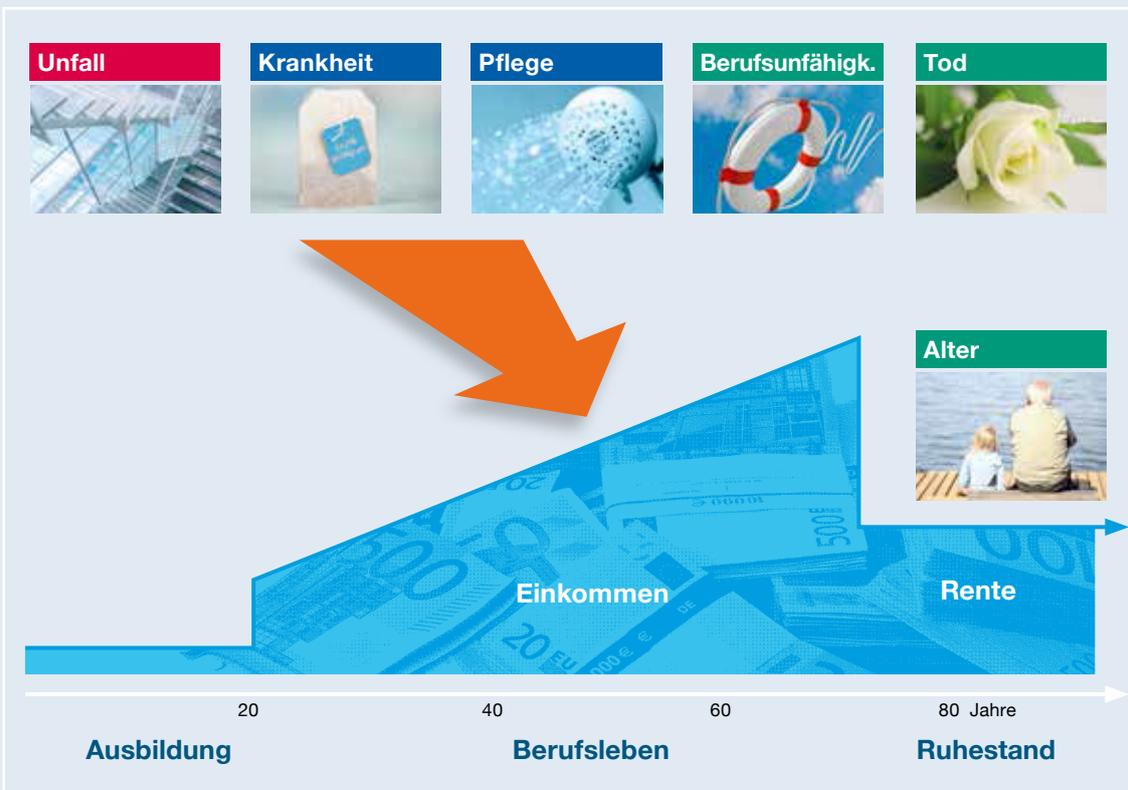
# ***Ihr persönlicher Versicherungs- und Anlagecheck***

***Wir für Sie.***

***Seit über 40 Jahren.***



## Ihr Leben – Ihr Einkommen



## Ihr Vermögen – Ihre Werte



## Kunde/Interessent, Ehegatte/Lebenspartner

	Kunde/Interessent	Ehegatte/Lebenspartner
Anrede	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau
Name, Vorname		
Straße, Haus-Nr./Postfach		
PLZ/Ort		
E-Mail/Telefon		
Geburtsdatum		
Beruf/Stellung/Perspektive		
Wohnsituation		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> sonst.	

## Kinder

	Kind 1	Kind 2	Kind 3	Kind 4	Kind 5
Vorname					
Name					
Geburtsdatum					
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich				
Ausbildung	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> Beruf				

## Hobbys

Freizeit		
----------	--	--

## Einkommen

	Kunde/Interessent	Ehegatte/Lebenspartner
Mtl. Bruttoeinkommen/-einkünfte	EUR	EUR
AG-Anteil VL	EUR	EUR
Anzahl Monatsgehälter		
Mtl. Nettoeinkommen/-einkünfte	EUR	EUR
Steuerklasse/Veranlagungsart		

## Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung

	Kunde/Interessent	Ehegatte/Lebenspartner
Name der Kasse		
Art der Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert
Versichert seit		
Krankengeld ab	<input type="checkbox"/> 42. Tag <input type="checkbox"/> ____ .Tag	<input type="checkbox"/> 42. Tag <input type="checkbox"/> ____ .Tag
Familienversicherte Angehörige		

## Gesetzliche Rentenversicherung/Berufsständische Versorgung

	Kunde/Interessent	Ehegatte/Lebenspartner
Versicherungsträger/Region		
Art der Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert
Versichert seit		
Beitrag (Eigenanteil)		
Gewünschter Rentenbeginn		
Liegt eine Renteninformation vor?	<input type="checkbox"/> ja, Datum:	<input type="checkbox"/> ja, Datum:

## Private Personenversicherung

Kranken	Gesellschaft	Beginn	Ablauf	Tagegeld	Beitrag	Zahlweise	Umfang
<input type="checkbox"/> PKV-Voll							
<input type="checkbox"/> Ergänzung							
<input type="checkbox"/> Pflege-Bahr							
Leben	Gesellschaft	Beginn	Ablauf	Vers.-Summe/Rente	Beitrag	Zahlweise	Vers. Person
<input type="checkbox"/> Kapital							
<input type="checkbox"/> Risiko							
<input type="checkbox"/> Fondsgeb.							
<input type="checkbox"/> PrivatRente							
<input type="checkbox"/> RiesterRente							
<input type="checkbox"/> BasisRente							
<input type="checkbox"/> BAV					AN: ____EUR		
Direktvers. <input type="checkbox"/>					AG: ____EUR		
Pensionskasse <input type="checkbox"/>							
Pensionsfonds <input type="checkbox"/>							
U-Kasse <input type="checkbox"/>							
Direktzusage <input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> BU-Schutz							
<input type="checkbox"/> VL							
Unfall	Gesellschaft	Beginn	Ablauf	Vers.-Summe/Rente	Beitrag	Zahlweise	Vers. Person
<input type="checkbox"/> nicht vorhanden							
Art:							
Mehrleistung <input type="checkbox"/>							
Progression <input type="checkbox"/>							
_____ %							
Grundsätzlicher Vorsorgewunsch in der Personenversicherung					<input type="checkbox"/> mtl. Nettoeinkommen/-einkünfte <input type="checkbox"/> _____ EUR		



### Private Sach- und Vermögensversicherung

Sach	Gesellschaft	Beginn	Ablauf	Vers.-Summe	Beitrag	Zahlweise	Sonstiges
<input type="checkbox"/> Haftpflicht/PHV							
<input type="checkbox"/> Öltank <input type="checkbox"/> Tiere <input type="checkbox"/> Vermieter <input type="checkbox"/> Eigentümer <input type="checkbox"/> Forderungsausfallschutz							
<input type="checkbox"/> Hausrat							
___ m <sup>2</sup> Wohnfläche <input type="checkbox"/> Fahrrad <input type="checkbox"/> Elementar <input type="checkbox"/> Glas <input type="checkbox"/> Reisegepäck							
<input type="checkbox"/> Gebäude							
<input type="checkbox"/> Feuer <input type="checkbox"/> Leitungswasser <input type="checkbox"/> Sturm <input type="checkbox"/> Hagel <input type="checkbox"/> Elementar							
<b>KFZ</b>							
<input type="checkbox"/> nicht vorhanden							
<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Zweirad <input type="checkbox"/> _____							
Typ: _____ Alter: ___ Jahre Kennzeichen: _____ SF-Klassen: _____ mtl. Kraftstoffkosten _____ EUR <input type="checkbox"/> Vollkasko <input type="checkbox"/> Teilkasko                       Selbstbehalt: _____ EUR							
<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Zweirad <input type="checkbox"/> _____							
Typ: _____ Alter: ___ Jahre Kennzeichen: _____ SF-Klassen: _____ mtl. Kraftstoffkosten _____ EUR <input type="checkbox"/> Vollkasko <input type="checkbox"/> Teilkasko                       Selbstbehalt: _____ EUR							
<b>Rechtsschutz</b>							
<input type="checkbox"/> Privat							
<input type="checkbox"/> Beruf <input type="checkbox"/> Verkehr <input type="checkbox"/> _____							

ADM-Name

ADM-Nummer



### Ihre individuelle Risikoeinschätzung

Welche Kapitalanlagen haben Sie in der Vergangenheit getätigt?

- keine  folgende Anlagen
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sparbuch, Bundesschatzbrief, Geldmarktfonds | <input type="checkbox"/> Lebens-/Rentenversicherungen, Bausparverträge |
| <input type="checkbox"/> Anleihen, Bundesobligationen, Rentenfonds   | <input type="checkbox"/> Euroaktien, gemischte Fonds, Optionsanleihen  |
| <input type="checkbox"/> Internationale Aktien/Fonds                 | <input type="checkbox"/> Neue Märkte, Optionsscheine, Termingeschäfte  |
| <input type="checkbox"/> Sonstige risikoreiche Anlagen               |  |

	trifft voll zu	trifft zu	trifft teils zu	trifft teils nicht zu
Für uns ist es wichtig, jederzeit an unser Geld zu gelangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Gefahr, einen Teil unserer Ersparnisse zu verlieren, belastet uns stark.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Kapitalanlagen vertrauen wir lieber Bewährtem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir möchten unser Vermögen vergrößern, Risiken akzeptieren wir dabei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherheit ist uns wichtiger als die Chance auf eine höhere Rendite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleinere Anlageverluste könnten wir nicht akzeptieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Geldangelegenheiten gehen wir nur sehr ungern Risiken ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Ihre persönlichen Versorgungsziele

Wünsche und Ziele des Kunden bzw. sofern vorhanden des Lebens-/Ehepartners	Priorität				Umfang der Absicherung			
	++	+	-	--	Basis	Voll	Individuell	mtl. in EUR
<input type="checkbox"/> Altersvorsorge mit ___ Jahren	<input type="checkbox"/>	_____						
<input type="checkbox"/> Absicherung der Familie bzw. Hinterbliebenen	<input type="checkbox"/>	_____						
<input type="checkbox"/> Absicherung der Arbeitskraft	<input type="checkbox"/>	_____						
<input type="checkbox"/> Absicherung Unfall bzw. Invalidität	<input type="checkbox"/>	_____						
<input type="checkbox"/> Gesundheitsvorsorge bzw. Pflege	<input type="checkbox"/>	_____						
<input type="checkbox"/> Berechnung mit Kapitalverzehr zum Endalter ___ Jahre								

Sofern ein Lebens-/Ehepartner vorhanden ist								
Zusätzliche gemeinsame Wünsche und Ziele	Priorität				Umfang der Absicherung			
	++	+	-	--	Basis	Voll		
<input type="checkbox"/> Absicherung des Lebensstandards	<input type="checkbox"/>							
					Kapitalbedarf (EUR)		Auszahlung zum	
<input type="checkbox"/> Vorsorge der Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		_____	
<input type="checkbox"/> Vermögensaufbau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		_____	
<input type="checkbox"/> Anschaffung bzw. Immobilienerwerb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		_____	
<input type="checkbox"/> Berechnung mit Kapitalverzehr zum Endalter ___ Jahre								

### Einverständniserklärung:

Mir ist bewusst, dass die Angabe der von mir zum Zwecke einer Versorgungsanalyse erhobenen Daten bezüglich meiner Einkommens- und Versorgungssituation freiwillig ist und hierzu keine gesetzliche Verpflichtung besteht. Ich bin damit einverstanden, dass die Daten zu meiner Einkommens- und Versorgungssituation von dem durch seine **bfh Finanzhaus-Visitenkarte ausgewiesenen Mitarbeiter** als der verantwortlichen Stelle zum Zwecke der Durchführung einer Versorgungsanalyse erhoben und gespeichert werden. Ich willige ferner ein, dass die erhobenen Daten an die entsprechenden Versicherer zur Durchführung von Analysen und statistischen Auswertungen übermittelt werden.

Datum

Unterschrift Kunde/Interessent

Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner

**Beratungsdokumentation**

<b>Kunde/Interessent</b>	<b>Vermittler</b>
Name, Vorname	Name, Vorname
Straße	Registernummer
Wohnort	Vermittlernummer
Zusätzlicher Gesprächsteilnehmer	Begleiter des Vermittlers

Datum des Gesprächs	
Kontaktort/-art	
Versicherungsnummer	
Erstgespräch <input type="checkbox"/>	Folgegespräch <input type="checkbox"/>

Gesprächsanlass nach Lebensbereichen
Wünsche des Kunden
Riester-Zulage
Absicherung der Arbeitskraft
Abwehr von Ansprüchen Dritter
Geförderte Pflege-Zusatzversicherung
Empfehlung an den Kunden
Begründung der Empfehlung
Folgender Kundenwunsch musste abgelehnt werden
Entscheidung des Kunden
Ausgehändigte Unterlagen

**Hinweis:**

Im Übrigen gelten die Angaben des Kunden/Versicherungsnehmers im Vorschlag/Antrag bzw. in der Versorgungsanalyse.

**BDSG-Klausel:**

Ich willige ein, dass die vorstehenden Daten an die bfh Finanzhaus Berlin GmbH und bei einer Beratung über Lebens-, Sach-, Haftpflicht-, Unfall und Kfz-Versicherungen an die Partnergesellschaften übermittelt werden dürfen. Diese Unternehmen sind befugt, die Daten zu Beweis Zwecken zu speichern. Die Zustimmung zur Speicherung und Übermittlung kann von mir jederzeit widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kunde

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

**bfn Finanzhaus Berlin GmbH**

Tempelhofer Damm 121 D-12099 Berlin



030 - 300 109 0

[www.finanzhausberlin.de](http://www.finanzhausberlin.de)



[info@finanzhausberlin.de](mailto:info@finanzhausberlin.de)