

Finanzcheck

von



Ihre Hilfe ist der erste Schritt zum Ziel !

Dieser Fragebogen dient Ihnen und uns als Vorbereitung auf unsere Gespräche.

Ihre Unterstützung ist der erste Schritt zum passenden Versicherungsschutz bzw. einer treffenden Strategie. Wir möchten Ihnen eine solide Auswahlhilfe und Orientierung bieten und benötigen dazu Ihre Hilfe.

Denn genau wie beim Arzt oder Rechtsanwalt, können auch wir Ihnen auf Basis von vollständigen Informationen die bestmögliche Beratung bieten.

Bitte beantworten Sie die Fragen in den gekennzeichneten Blöcken. Fragen, die Sie nicht beantworten können oder möchten, lassen Sie bitte frei.

Selbstverständlich sind alle Antworten freiwillig und werden streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank.

Mit folgenden Priorisierungen helfen Sie uns bei Ihrer Beratung:

Bitte bewerten Sie wie wichtig Ihnen die folgenden Punkte im weiteren Verlauf der Beratung und für Ihr Leben sind.

Sicherung Ihres Lebensstandards im Alter?

- sehr wichtig
- wichtig
- unwichtig

Vorsorge für den Fall von Krankheit?

- sehr wichtig
- wichtig
- unwichtig

Vorsorge für den Eintritt von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit ? (Einkommenssicherung)

- sehr wichtig
- wichtig
- unwichtig

Vorsorge für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit?

- sehr wichtig
- wichtig
- unwichtig

Absicherung Ihrer Hinterbliebenen im Falle des Todes?

- sehr wichtig
- wichtig
- unwichtig

Absicherung der Folgen durch unfallbedingte Invalidität?

- sehr wichtig
- wichtig
- unwichtig

Wünsche an eine künftige private Versorgung

In welcher Reihenfolge gewichten Sie die nachfolgenden sehr wichtigen Kriterien?

Sortieren Sie gemäß Ihrer Wünsche von 1 bis 5.

(Beispiel: 1 gute Leistungsregulierung 2 TOP-Bedingungen 3 niedriger Preis 4 hohe Kompetenz & Solidität 5 Finanzstärke)

__ hohe Kompetenz & Solidität __ Finanzstärke __ gute Leistungsregulierung __ TOP-Bedingungen __ niedriger Preis

Freie Texteingabe für Ihre Wünsche:

Persönliche Daten

Anrede, Titel _____ Geburtsdatum _____
Vorname, Name _____ Geburtsort _____
Familienstand _____ Steuer-ID (TIN) _____

Lebenspartner

Anrede, Titel _____ Geburtsdatum _____
Vorname, Name _____ Geburtsort _____
ggf. Geburtsname _____ Beruf _____

Kind 1

Vorname, Name _____
Geburtsdatum _____

Kind 2

Vorname, Name _____
Geburtsdatum _____

Anschrift

Straße, Hausnummer _____
PLZ, Ort _____ Land _____
Telefon _____ Email _____

Wohnsituation Miete Eigentum
 Untermiete Pacht Wohnfläche: _____ qm

Beruf/Ausbildung

Nicht selbständig Arbeitnehmer Arbeiter >> Öffentlicher Dienst kirchlicher Träger
Selbständig/freiberuflich seit wann: _____ >> Deutsche Rentenvers. ja nein
Beschäftigungsstatus Vollzeit Teilzeit Geringfügig (450EUR)
Sonderstatus Student >> Fachrichtung: _____
Beamte Soldat Beamter seit _____ >> Lebenszeit Widerruf Probe
Nicht erwerbstätig Elternzeit endet zum _____ Hausfrau/Hausmann arbeitssuchend

Berufsbezeichnung _____ Position im Beruf _____

Tätigkeiten im Beruf _____

Aufteilung Innendiensttätigkeit ____ % Reisetätigkeit ____ % körperliche Tätigkeit ____ %

Personalverantwortung für ____ Personen

Details zur Ausbildung

Höchster Bildungsabschluss Hauptschule Realschule Gymnasium Fachabitur
 Studium >> Fachrichtung: _____ Uni FH

Höchster Studienabschluss Master Diplom Bachelor Staatsexamen

Abgeschlossene Ausbildung: _____ Abschluss am: _____

Höchste Aus- bzw. Weiterbildung _____

Details zum Einkommen

Aktuelles mtl. Bruttoeinkommen _____ EUR Aktuelles mtl. Nettoeinkommen _____ EUR

Anzahl der jährlichen Gehälter _____ k. A.

Bruttoeinkommen / aktueller Gewinn vor Steuern p.a.:

vor 3 Jahren _____ EUR vor 2 Jahren _____ EUR letztes Jahr _____ EUR

Steuerklasse _____ Kirchensteuer ja nein Freibetrag _____ EUR

gesetzl. Krankenkasse _____ privater Krankenversicherer _____

Details zur Person

Größe und Gewicht _____ cm _____ kg

Sind Sie Raucher? ja nein

Sind Sie Gefahren bei Sport oder Hobbie ausgesetzt? nein ja, welche:

Details zum Gesundheitsverlauf

Waren Sie z. B. wegen folgender Krankheiten/Körperbereiche in Behandlung oder wurden hier Krankheiten festgestellt?

ja nein

In den letzten 5 Jahren: Nase/ Ohren Augen Herz-Kreislauf Atemwege/ Asthma
 Innere Organe Allergien Wirbelsäule/Rücken Schilddrüse
 Haut Infektionen chronische Erkrankungen: _____

In den letzten 10 Jahren: Psyche Suchtbehandlung

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja: _____

Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt? nein ja: _____ wann? _____

Besteht ein behördlich anerkannter Behinderungsgrad (GdB)? nein ja: _____

Bestehende Versorgung

Krankenversicherung

GKV-Pflichtversichert ja nein Krankenkasse: _____

GKV-Krankengeld mitversichert (nur bei freiwillig versicherten Selbständigen / Freiberuflern) ja nein

Besteht eine ergänzende private Krankentagegeldversicherung? ja nein

Krankentagegeld in mtl. EUR: _____ Leistung ab Tag: _____ Versicherer: _____

Privat Krankenversichert (PKV)

Krankentagegeld versichert? ja nein

Wenn ja, Krankentagegeld in mtl. EUR: _____ Leistung ab Tag: _____

Gesetzlicher Versorgungsträger

Deutsche Rentenversicherung Bund: ja nein

[Hier Renteninformation anfordern!](#)

Gesetzliche Erwerbsminderungsrente in mtl. EUR: _____

Regelaltersrente (prognostiziert) in mtl. EUR: _____

Regelaltersrente (bisher erreicht) in mtl. EUR: _____

Berufsständisches Versorgungswerk: ja nein Versorgungsträger: _____

Private Versorgung

Private Arbeitskraftabsicherung Versicherungsschein anbei

Versicherer: _____

Versicherer: _____

Rentenleistung mtl. EUR _____

Rentenleistung mtl. EUR _____

Versicherungsdauer bis Alter: _____

Versicherungsdauer bis Alter: _____

Endalter der Leistung: _____

Endalter der Leistung: _____

Dynamik (Inflationsausgleich) garantiert %: _____

Dynamik (Inflationsausgleich) garantiert %: _____

Tarifbezeichnung: _____

Tarifbezeichnung: _____

Private Altersvorsorge Versicherungsschein anbei

Betriebliche Altersvorsorge Private Altersvorsorge

Betriebliche Altersvorsorge Private Altersvorsorge

Leistung ab Alter: _____

Leistung ab Alter: _____

Garantierte Rentenleistung mtl. EUR: _____

Garantierte Rentenleistung mtl. EUR: _____

Prognostizierte Kapitalleistung mtl. EUR: _____

Prognostizierte Kapitalleistung mtl. EUR: _____

Details zu abgelehnten oder erschwert angenommenen Versicherungsanträgen

Wurden in den letzten 5 Jahren von Ihnen gestellte Versicherungsanträge von Versicherungen zu erschweren Bedingungen angeboten, angenommen zurückgestellt, abgelehnt **oder steht eine solche Entscheidung noch aus?** nein ja

Wenn ja in welcher Sparte?

- Risikolebens- Berufsunfähigkeitsversicherung Unfallversicherung Pflegeversicherung
 Sonstige Versicherung: _____

Einnahmen-Ausgaben-Analyse

Einkünfte (monatlich)

Aus nichtselbständiger Tätigkeit (Brutto) _____ EUR
 (Netto) _____ EUR
 Aus selbständiger Tätigkeit _____ EUR
 Aus Kapitalvermögen _____ EUR
 Aus Vermietung/Verpachtung _____ EUR
 Kindergeld bis _____ EUR
 Elterngeld bis _____ EUR
 Renten (EU-/BU-/Witwen-/Waisenrente) _____ EUR
 Weitere Einkünfte _____ EUR

Ausgaben (monatlich)

Miete (inkl. Strom) _____ EUR
 Essen (inkl. Restaurantbesuche) _____ EUR
 Bekleidung _____ EUR
 Kfz (inkl. Vers./Steuer/Haltung) _____ EUR
 Telefon/Internet/Handy _____ EUR
 Urlaub _____ EUR
 Freizeit/Hobby/Vereine _____ EUR
 Rauchen _____ EUR
 Beiträge pers. Absicherung _____ EUR
 Beiträge Altersvorsorge _____ EUR
 Beiträge Vermögensaufbau _____ EUR
 Laufende Verbindlichkeiten _____ EUR
 Sonstiges (z.B. Kosmetik, GEZ) _____ EUR

Einkünfte gesamt _____ **EUR** **Ausgaben gesamt** _____ **EUR**

Frei verfügbares Einkommen _____ EUR

Ich möchte hierzu keine speziellen Angaben machen. Mir stehen derzeit mindestens _____ EUR im Monat frei zur Verfügung.

Zur Vorbereitung von Anträgen und Beitrittserklärungen benötigen wir auch Ihre Kontodaten:

Bank _____ IBAN _____ BIC _____

Einwilligungserklärung

Ich willige hiermit ausdrücklich ein, dass meine personenbezogenen Daten, einschließlich der besonderen Kategorien personenbezogener Daten gem. Artikel 9 DSGVO (z.B. Gesundheitsdaten, genetische und biometrische Daten, Daten zur Religionszugehörigkeit, rassischen und ethnischen Herkunft etc.), sofern diese im Rahmen der Angebotsfindung, Vertragsvermittlung und/ oder der Vertragsdurchführung, zur Erfüllung der Maklertätigkeit notwendig sind, vom Makler bzw. den in der gesonderten Einwilligungserklärung aufgeführten Dritten erhoben und verarbeitet werden dürfen.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass der Makler Daten an Versicherer und Rückversicherer sowie an die in der gesonderten Erklärung aufgezählten Dritten übermitteln und von diesen empfangen kann. Dieses erfolgt im Rahmen von Deckungsanfragen, Vertragsabschlüssen sowie der Abwicklung von Versicherungsverträgen. Soweit erforderlich, dürfen die Dritten die übermittelten Daten ebenfalls verarbeiten und an Versicherungsgesellschaften und den Versicherungsmakler übermitteln. Diese Datenübermittlung führt zu keiner Änderung der Zweckbestimmung. Darüber hinaus erfolgt die Weitergabe der Daten nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Mandanten. Die Bestimmungen des BDSG werden eingehalten.

Zur Kenntnis genommen:

Ort, Datum _____ Unterschrift Kunde _____

Ggf. notwendige Risikovorabfragen dürfen nur anonymisiert * immer offen

offen (mit Namensnennung), wenn vorher anonymisiert kein positives Votum erzielt wurde

an die in Frage kommenden Versicherer versendet werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift Kunde _____

Ort, Datum _____ Unterschrift Makler _____

Kommunikationserklärung

Name/Vorname/Firma: _____

Ich willige ausdrücklich ein, dass FBN Finanzberatung Nürnberg GmbH mich – auch über den Umfang der vermittelten bzw. betreuten Verträge hinaus – über Versicherungs- und Investmentprodukte informieren darf, zum Beispiel über den etwaigen Abschluss neuer Verträge und/oder über inhaltliche Änderungen von bestehenden Verträgen, insbesondere deren Verlängerung, Ausweitung und/oder Ergänzung und zwar zusätzlich zum üblichen Briefverkehr

(Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ergänzen. Die Angaben sind freiwillig)

per Mail Ihre Email-Adresse: _____

per Telefon Ihre Telefonnummer: _____

per Fax Ihre Faxnummer: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die vom Makler erhobenen Daten zum oben genannten Zweck gespeichert, verarbeitet und genutzt werden dürfen. Ebenso wird der Mandant zu einem Mail-Newsletter angemeldet, der über Neuerungen auf dem Finanzmarkt informiert.

Mein Einverständnis kann ich teilweise oder vollständig jederzeit formfrei über eine der nachstehenden Kontaktmöglichkeiten ohne Angabe von Gründen widerrufen:

per Mail: info@finanzberatung-nuernberg.com

per Fax: 0911/ 98036276

Ort, Datum _____ Unterschrift Kunde _____

Kundeninformation

Auf dem Markt werden Sie als Kunde im Bereich der Finanzberatung auf unterschiedliche Vermittler treffen. Hierzu zählen im Wesentlichen der Ausschließlichkeitsvertreter, der Mehrfachagent und der Versicherungsmakler/ Honorarberater.

Der Ausschließlichkeitsvertreter sowie der Mehrfachagent arbeiten im Auftrag der Gesellschaften und sind daher dazu da deren Interessen zu wahren und den Gewinn zu vermehren. Der Kunde kann daher nicht zu 100% im Mittelpunkt stehen.

Der Versicherungsmakler/ Honorarberater

Der Versicherungsmakler bzw. Honorarberater ist der einzige Vermittler, der allein **im Auftrag des Kunden** und nach seinen **Wünschen und Bedürfnissen** handelt. Er hat die Aufgabe, ein für den Kunden geeignetes Angebot auf dem Markt zu suchen. Dabei ist der Makler nicht an bestimmte Unternehmen bzw. Anbieter gebunden.

Da das **Kundeninteresse** für uns stets **im Vordergrund** steht, verfügt FBN Finanzberatung Nürnberg GmbH über den rechtlichen Status des Versicherungsmaklers nach § 34d GewO, des Honorar-Immobiliarlehensberaters nach §34i GewO sowie des Honorar-Finanzanlagenberaters nach §34h GewO. Um die **Unabhängigkeit** noch zu verstärken, bieten wir die Beratung auf **Honorarbasis** an und es bestehen **keinerlei Beteiligungen** an Versicherungsunternehmen/ Emittenten. Es ist auch keine Gesellschaft an FBN Finanzberatung Nürnberg GmbH beteiligt.

Im Zusammenhang mit der **Beratung oder Vermittlung** von Versicherungen kann die Vergütung durch den Anleger oder durch Dritte erfolgen. Dies ist abhängig von den Wünschen und Bedürfnissen des Anlegers und den Produkten, die evtl. vermittelt werden. **Die Wahl der Vergütung obliegt hier dem Mandanten!** Die Art und Höhe der Vergütung ergibt sich aus einer gesonderten Vereinbarung mit dem Kunden bzgl. der gewünschten Dienstleistungen.

Vertragspartner Ihres Maklervertrages:

FBN Finanzberatung Nürnberg GmbH

Mathildenstr. 18
90489 Nürnberg

Mail: info@finanzberatung-nuernberg.com
Web: www.finanzberatung-nuernberg.com

Geschäftsführer: Florian G. Anderl, Christina Anderl

Tel.: 0911 / 980 36 270
Fax: 0911 / 980 36 276

Registergericht: Amtsgericht Nürnberg
Registernummer: HRB 33698

Registrierungsnummern/ Erlaubnisse

Registrierungsnummer: **D-H-155-4XXP-47**

Tätigkeitsart: Honorar-Finanzanlagenberater mit Erlaubnis nach § 34h Abs. 1 S. 1 GewO

Registrierungsnummer: **D-W-155-FBUJ-17**

Tätig als: Honorar-Immobiliarlehensberater (§ 34i Abs. 5 GewO)

Registrierungsnummer: **D-U4TF-9UWCB-35**

Tätigkeit: Versicherungsmakler mit Erlaubnis nach § 34d Abs. 1 GewO

Erlaubnis- und Registrierungsbehörde (für alle o.g. Zulassungen):

Industrie- und Handelskammer für München und Oberbayern, info@muenchen.ihk.de

Die genannten Registrierungen können hier überprüft werden:

Deutscher Industrie- und Handelskammertag (DIHK) e.V., <http://www.vermittlerregister.info>

Beschwerdemanagement

Falls Sie einmal nicht mit unserer Tätigkeit zufrieden sein sollten, haben Sie die Möglichkeit, eine Beschwerde bei uns einzureichen. Die Beschwerde kann schriftlich per Brief oder per E-Mail erfolgen. Sie können dazu die oben genannten Adress- und Kontaktdaten verwenden. Erhalten wir von Ihnen eine Beschwerde, bestätigen wir Ihnen unverzüglich deren Eingang und unterrichten Sie über das Verfahren der Beschwerdebearbeitung sowie die ungefähre Bearbeitungszeit. Sollten wir feststellen, dass Ihre Beschwerde einen Gegenstand betrifft, für den wir nicht zuständig sind, informieren wir Sie umgehend hierüber und weisen Sie, soweit uns dies möglich ist, die zuständige Stelle mit. Wir werden Ihre Beschwerde umfassend prüfen und uns bemühen, diese schnellstmöglich zu beantworten. Sollte dies einmal nicht möglich sein, unterrichten wir Sie über die Gründe der Verzögerung und darüber, wann die Prüfung voraussichtlich abgeschlossen sein wird. Auf Wunsch erteilen wir Ihnen alle Benachrichtigungen und Informationen schriftlich. Sofern wir Ihrem Anliegen nicht oder nicht vollständig nachkommen können, erläutern wir Ihnen die Gründe hierfür und weisen Sie auf etwaig bestehende Möglichkeiten hin, wie Sie Ihr Anliegen weiter verfolgen können. Online-Streitbeilegung via EU <https://webgate.ec.europa.eu/odr>