

GEEIGNETHEITSPRÜFUNG FÜR VERSICHERUNGSANLAGEPRODUKTE

MAKLER		KUNDE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma	Rechtsform	Firma	Rechtsform
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Name	Vorname	Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtstag		Geburtstag	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Zusätzliche Angaben: z.B. c/o; Gemeinde		Zusätzliche Angaben: z.B. c/o; Gemeinde	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
IHK Registernummer (wenn vorhanden)		Straße	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße		Hausnummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Ort	PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Email- Adresse		Email- Adresse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Handynummer		Handynummer	

Mit dieser Geeignetheitsprüfung wollen wir erfragen, ob das Versicherungsanlageprodukt, das wir Ihnen empfehlen, für Sie geeignet ist.

I. IHRE FINANZIELLEN VERHÄLTNISSE

1. Einnahmen

a) Herkunft und Höhe Ihres regelmäßigen Einkommens

b) Freie (liquide) Vermögenswerte

c) Wertpapiere und Kapitalanlagen

d) Immobilienbesitz

2. Ausgaben

a) Monatliche Miete

b) Darlehensrate

c) Unterhaltszahlungen für Partner und Kinder

d) Andere Ratenzahlungen (z.B. Versicherungen/Abonnements)

e) Laufende Aufwendungen für Lebensunterhalt einschließlich Kleidung, Auto

f) Durchschnittliche Aufwendungen (monatlich) für Kultur, Restaurants, Reisen, Aufwendungen für Lotto, Toto

g) Andere Ausgaben

3. Freies Vermögen

a) Liquide flüssige Mittel

b) Gebundene Mittel z.B. Immobilien/Wertpapiere/Kunstwerk

II. IHRE ANLAGEZIELE

1. Altersvorsorge (lebenslange Rente, gleichbleibend/steigend/fallend)
2. Rentenergänzung neben gesetzlicher Altersvorsorge und betriebliche Altersvorsorge (wie hoch ist die Rentenlücke)
3. Sparen für die Ausbildung (die eigenen/Partner/Kinder: Kosten der Ausbildung?)
4. Sparen für größere Anschaffungen (in welcher Höhe wann geplant?)
5. Andere Anlageziele

III. GEPLANTE ANLAGEDAUER

- 1 Jahr 3 Jahre 5 Jahre 12 Jahre
- 20 Jahre 30 Jahre andere Dauer

IV. GEPLANTE ZAHLUNGSWEISE

1. Größere Einmalzahlung (wie viel?)
2. Monatliche/halbjährliche/jährliche Zahlungsweise (welche Höhe?)

V. IHRE RISIKOTOLERANZ

1. Einen Vollverlust verkrafte ich Ja Nein
2. Ich erwarte mindestens die eingezahlten Prämien zurück Ja Nein
3. Ich erwarte eine garantierte Verzinsung Ja Nein
4. Einen Verlust von 10% (20%/30%...) der eingezahlten Prämie würde ich akzeptieren, wenn zugleich die Chance besteht 4% oder mehr Prozent (wie viel?) zu erzielen. Ja Nein

VI. IHRE RISIKOTRAGFÄHIGKEIT

1. Einen Vollverlust der eingezahlten Prämie kann ich mir finanziell leisten. Ja Nein
2. Einen Verlust der eingezahlten Prämie bis zu 70%/60%/50%../0% kann ich tragen Ja Nein

VII. ICH KENNE UND HABE ERFAHRUNGEN MIT

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Kapitalbildenden Lebensversicherungen mit Überschussbeteiligung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Privaten Rentenversicherungen mit Überschussbeteiligung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • gegen laufende Prämienzahlungen oder Einmalprämie | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Lebenslange oder abgekürzte Rentenzahlung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Fondsgebundenen Lebensversicherungen und Fondsgebundenen Rentenversicherungen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 4. Termfix-Lebensversicherungen (beispielsweise Ausbildungsversicherungen) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 5. Lebenslangen Todesfallversicherungen, bei der die Überschussbeteiligung zur Verkürzung der Laufzeit verwendet wird | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 6. Kapitalisierungsprodukten mit Überschussbeteiligung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 7. Versicherungspakten = gekoppelten Verträgen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Ich kenne diese Versicherungen vom Hörensagen

Ja Nein

Ich kenne diese Versicherungen, weil ich Verträge dieser Art schon abgeschlossen habe (welche, bei wem, wann?)

Ja Nein

Ich kenne nur einige der hier genannten Versicherungen, nämlich die unter Ziffer: 1/2/3/4/5/6/7 und zwar deshalb,

• weil ich mich damit schön beschäftigt habe/

Ja Nein

• weil ich Verträge dieser Art schon geschlossen habe

Ja Nein

Ich habe überhaupt keine Kenntnisse und Erfahrungen mit diesen Versicherungsverträgen – ich lerne sie erst jetzt gerade kennen

Ja Nein

VIII. GEEIGNETHEIT

Unter Berücksichtigung Ihrer:

1. Anlageziele

2. Ihres finanziellen Spielraums

3. Ihrer Risikotoleranz

4. Ist für Sie eine X/Y-Versicherung geeignet

IX. EMPFEHLUNG

Auf der Grundlage der mit Ihnen durchgeführten Geeignetheitsprüfung empfehle ich Ihnen den Abschluss einer

Versicherung

Unterschrift Versicherer/Vermittler

Unterschrift Versicherungsnehmer

Ort, Datum

Ort, Datum