

MAKLER

Der Fairsicherungsladen GmbH  
Karlstr. 68  
76137 Karlsruhe

Amtsgericht Mannheim HRB 109820  
Steuernummer: DE35006 / 04076

Makler (§34c GewO)  
Versicherungsvermittler (§ 34 d GewO)  
D-8VL1-ABAQ1-98  
Finanzanlagenvermittler (§ 34 f GewO)  
D-F-138-HAAU-06  
Immobilienvermittler (§ 34 i GewO)  
D-W-138-SDA7-29

KUNDE

Firma		Rechtsform	
Vorname	Name	Geburtsstag	
Zusätzliche Angaben: z.B. c/o; Gemeinde			
Straße		Hausnummer	
PLZ	Ort		
Email- Adresse			
Handynummer			

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

I. IHRE FINANZIELLEN VERHÄLTNISSSE

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)  | <input type="text"/> |
| 2. Rentenergänzung neben gesetzlicher Altersvorsorge und betriebliche Altersvorsorge (wie hoch ist die Rentenlücke) | <input type="text"/> |
| 3. Sparen für die Ausbildung (die eigenen/Partner/Kinder: Kosten der Ausbildung?)                                   | <input type="text"/> |
| 4. Sparen für größere Anschaffungen (in welcher Höhe wann geplant?)   | <input type="text"/> |
| 5. Andere Anlageziele   | <input type="text"/> |

## III. GEPLANTE ANLAGEDAUER

- |                                   |                                   |                                       |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| 1 Jahr <input type="checkbox"/>   | 3 Jahre <input type="checkbox"/>  | 5 Jahre <input type="checkbox"/>      | 12 Jahre <input type="checkbox"/> |
| 20 Jahre <input type="checkbox"/> | 30 Jahre <input type="checkbox"/> | andere Dauer <input type="checkbox"/> |                                   |

## IV. GEPLANTE ZAHLUNGSWEISE

- |  |                      |
|--|----------------------|
| 1. Größere Einmalzahlung (wie viel?)                               | <input type="text"/> |
| 2. Monatliche/halbjährliche/jährliche Zahlungsweise (welche Höhe?) | <input type="text"/> |

## V. IHRE RISIKOTOLERANZ

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Einen Vollverlust verkraftete ich  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich erwarte mindestens die eingezahlten Prämien zurück   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich erwarte eine garantierte Verzinsung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## VI. IHRE RISIKOTRAGFÄHIGKEIT

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Einen Vollverlust der eingezahlten Prämie kann ich mir finanziell leisten.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Einen Verlust der eingezahlten Prämie bis zu 70%/60%/50%..0% kann ich tragen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## VII. ICH KENNE UND HABE ERFAHRUNGEN MIT

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

	Ja	Nein
Ich kenne diese Versicherungen vom Hörensagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne diese Versicherungen, weil ich Verträge dieser Art schon abgeschlossen habe (welche, bei wem, wann?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• weil ich Verträge dieser Art schon geschlossen habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe überhaupt keine Kenntnisse und Erfahrungen mit diesen Versicherungsverträgen – ich lerne sie erst jetzt gerade kennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VIII. GEEIGNETHEIT

Unter Berücksichtigung Ihrer:

- Anlageziele
- Ihres finanziellen Spielraums
- Ihrer Risikotoleranz
- 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 Der Fairsicherungsladen GmbH

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Ort, Datum