

TELIS START FINANZANALYSE

Die Finanzanalyse für den privaten Haushalt

START START START



MANDANT

BESTANDSANALYSE

Vorname* _____

FA-Nr. Bestand _____

Nachname* _____

Auswertungsnummer _____

GELD ZURÜCK!

Sie bekommen Ihr Geld zurück, wenn wir Ihnen keinen wirtschaftlichen Gesamtvor teil von **mindestens 100 EUR** aufzeigen können.



HINWEIS ZUM EINSATZZWECK

Dieses Dokument bietet eine ausgezeichnete Möglichkeit, die Aufnahme von Finanzanalysen in der Praxis zu erlernen und zu verstehen. Es wurde speziell für Schulungs-, Übungs- und Demonstrationszwecke konzipiert und ermöglicht, einen genauen Einblick in die praktische Datenaufnahme bei Mandanten.

Darüber hinaus kann dieses Dokument als Ergänzung zur digitalen Erfassung eingesetzt werden, sofern die digitale

Finanzanalyse vor Ort beim Mandanten nicht eingesetzt werden kann.

Bitte beachten Sie, dass das Einsenden dieses Dokuments zur Erfassung durch die TELIS-Zentrale nicht vorgesehen ist. Alle Datenübertragungen an das TELIS Backoffice können ausschließlich online erfolgen. Bitte übertragen Sie die Daten daher stets in die digitale Finanzanalyse im TOS Vision 2025.

Notizen für Berater*in

HAUSHALT ANLEGEN



PERSÖNLICHE ANGABEN | PERSONENDATEN

Mandant*in

Erwachsene im Haushalt*

 Einzel Paar

Geschlecht*

 männlich weiblich divers

Anrede*

 Herr Frau Keine

Anrede Gesellschaften*

 männlich weiblich

Titel*

 keiner Dr. Prof. Anderer Titel

Anderer Titel*

Vorname*

Nachname*

Geburtsname

Geburtsdatum* _____ Staatsangehörigkeit _____

Adresse

Land _____ Postleitzahl* _____

Straße* _____ Hausnummer* _____ c/o Adresszusatz _____

Partner*in

Geschlecht*

 männlich weiblich divers

Anrede*

 Herr Frau Keine

Anrede Gesellschaften*

 männlich weiblich

Titel*

 keiner Dr. Prof. Anderer Titel

Anderer Titel*

Vorname*

Nachname*

Geburtsname

Geburtsdatum* _____ Staatsangehörigkeit _____

PERSÖNLICHE ANGABEN | AUSWEISDATEN



HINWEIS

Immer wenn Sie am Rand der Broschüre das Foto-Icon sehen, wird empfohlen ein Foto des entsprechenden Dokuments bzw. der entsprechenden Dokumente anzufertigen.

Mandant*in



Ausweisart* Personalausweis Reisepass Aufenthaltstitel

Ausweisnummer* _____ ausgestellt am _____

gültig bis* _____ Behörde* _____

Geburtsort* _____

Aufenthaltstitel* befristete Aufenthaltserlaubnis Niederlassungserlaubnis

Befristung Aufenthaltserlaubnis* _____

Partner*in

Ausweisart* Personalausweis Reisepass Aufenthaltstitel

Ausweisnummer* _____ ausgestellt am _____

gültig bis* _____ Behörde* _____

Geburtsort* _____

Aufenthaltstitel* befristete Aufenthaltserlaubnis Niederlassungserlaubnis

Befristung Aufenthaltserlaubnis* _____

PERSÖNLICHE ANGABEN | KONTAKTDATEN

Telefon privat (Vorwahl)* _____

Telefon privat (Rufnummer)* _____

Mobilnummer (Vorwahl)* _____

Mobilnummer (Rufnummer)* _____

E-Mail-Adresse* _____

Telefon 2 privat (Vorwahl) _____

Telefon 2 privat (Rufnummer) _____

Telefon beruflich (Vorwahl) _____

Telefon beruflich (Rufnummer) _____

Fax privat (Vorwahl) _____

Fax privat (Rufnummer) _____

E-Mail-Adresse 2 _____

Homepage _____

Mobilnummer (Vorwahl)* _____

Mobilnummer (Rufnummer)* _____

E-Mail-Adresse* _____

Telefon 2 privat (Vorwahl) _____

Telefon 2 privat (Rufnummer) _____

Telefon beruflich (Vorwahl) _____

Telefon beruflich (Rufnummer) _____

Fax privat (Vorwahl) _____

Fax privat (Rufnummer) _____

E-Mail-Adresse 2 _____

Homepage _____

PERSÖNLICHE ANGABEN | HOBBYS



HINWEIS

Folgende zur Aufnahme der Finanzanalyse benötigten Dokumente stehen im **TOS Vision 2025** zum Download zur Verfügung:

- Dienstleistungsvereinbarung und SEPA-Mandat**
- Einwilligung zur Datenverarbeitung**
- Einverständniserklärung zum bAV-Check**

TOS Vision 2025 > Informationen > Wissen > Datenaufnahme > Finanzanalyse

Mandant*in

Hobbys _____

Partner*in

Hobbys _____

Besondere Hobbys _____

- Fallschirm springen Motorrad fahren Paragliding
 Hobbypilot*in Tauchen

Besondere Hobbys _____

- Fallschirm springen Motorrad fahren Paragliding
 Hobbypilot*in Tauchen



PERSÖNLICHE ANGABEN | TIERE

Hunde

Rasse* _____

Chipnummer _____

- ja nein

Rasse* _____

Chipnummer _____

- ja nein

Pferde

Rasse* _____

Rasse* _____

BERUFLICHE ANGABEN

Mandant*in

Beruf

Ausgeübter Beruf* _____

Einkommensart* _____

- Angestellte*r Arbeiter*in Auszubildende*r
- Selbstständig Schüler*in Student*in
- Hausmann/Hausfrau Nicht erwerbstätig
- Elternzeit bis: _____

Öffentlicher Dienst* _____

- Angestellte*r Arbeiter*in Auszubildende*r

Rentner*in/Pensionär*in _____

- Altersrentner*in Erwerbsunfähig

Beamter*in* _____

| | |
|--|---|
| <p>Untereinkommensart* _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Beamtenanwärter*in <input type="radio"/> Beamter*in auf Lebenszeit <input type="radio"/> Soldat*in auf Zeit <input type="radio"/> Beamter*in auf Probe <input type="radio"/> Beamter*in außer Dienst <p>Landes- oder Bundesbeamter*in* _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Landesbeamter*in <input type="radio"/> Bundesbeamter*in | <p>Berufsgruppe* _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Berufssoldat*in <input type="radio"/> Bundespolizei <input type="radio"/> Feuerwehr <input type="radio"/> Polizei <input type="radio"/> Justizvollzug <input type="radio"/> Lehrer*in <input type="radio"/> Richter*in <input type="radio"/> Sonstige |
|--|---|

Leitende Funktion* _____

- ja nein

Anzahl Mitarbeiter*innen* _____

Partner*in

Ausgeübter Beruf* _____

Einkommensart* _____

- Angestellte*r Arbeiter*in Auszubildende*r
- Selbstständig Schüler*in Student*in
- Hausmann/Hausfrau Nicht erwerbstätig
- Elternzeit bis: _____

Öffentlicher Dienst* _____

- Angestellte*r Arbeiter*in Auszubildende*r

Rentner*in/Pensionär*in _____

- Altersrentner*in Erwerbsunfähig

Beamter*in* _____

| | |
|--|---|
| <p>Untereinkommensart* _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Beamtenanwärter*in <input type="radio"/> Beamter*in auf Lebenszeit <input type="radio"/> Soldat*in auf Zeit <input type="radio"/> Beamter*in auf Probe <input type="radio"/> Beamter*in außer Dienst <p>Landes- oder Bundesbeamter*in* _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Landesbeamter*in <input type="radio"/> Bundesbeamter*in | <p>Berufsgruppe* _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Berufssoldat*in <input type="radio"/> Bundespolizei <input type="radio"/> Feuerwehr <input type="radio"/> Polizei <input type="radio"/> Justizvollzug <input type="radio"/> Lehrer*in <input type="radio"/> Richter*in <input type="radio"/> Sonstige |
|--|---|

Leitende Funktion* _____

- ja nein

Anzahl Mitarbeiter*innen* _____

| | |
|---|---|
| <p>Höchster Bildungsabschluss* _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Abitur <input type="radio"/> Bachelor Fachhochschule <input type="radio"/> Bachelor Universität <input type="radio"/> Diplom Fachhochschule <input type="radio"/> Diplom Magister <input type="radio"/> Fachabitur <input type="radio"/> Master Fachhochschule <input type="radio"/> Master Universität <input type="radio"/> Promotion <input type="radio"/> Realschule/Hauptschule <input type="radio"/> Staatsexamen <input type="radio"/> Kein Abschluss <p>Höchster Berufsabschluss* _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Handwerklich <input type="radio"/> Industriell <input type="radio"/> Kaufmännisch <input type="radio"/> Sonstige Berufsausbildung <input type="radio"/> Meister*in <input type="radio"/> Weiterbildung Fachwirt*in <input type="radio"/> Weiterbildung Techniker*in <input type="radio"/> Keine Ausbildung | <p>Höchster Bildungsabschluss* _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Abitur <input type="radio"/> Bachelor Fachhochschule <input type="radio"/> Bachelor Universität <input type="radio"/> Diplom Fachhochschule <input type="radio"/> Diplom Magister <input type="radio"/> Fachabitur <input type="radio"/> Master Fachhochschule <input type="radio"/> Master Universität <input type="radio"/> Promotion <input type="radio"/> Realschule/Hauptschule <input type="radio"/> Staatsexamen <input type="radio"/> Kein Abschluss <p>Höchster Berufsabschluss* _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Handwerklich <input type="radio"/> Industriell <input type="radio"/> Kaufmännisch <input type="radio"/> Sonstige Berufsausbildung <input type="radio"/> Meister*in <input type="radio"/> Weiterbildung Fachwirt*in <input type="radio"/> Weiterbildung Techniker*in <input type="radio"/> Keine Ausbildung |
|---|---|

Anteil Körperlicher Arbeit in %



Öffentlicher Dienst Tarif für Angebote _____

- ja nein

Anteil Körperlicher Arbeit in %



Öffentlicher Dienst Tarif für Angebote _____

- ja nein

BERUFLICHE ANGABEN

Mandant*in



Falls ein Einverständnis zum bAV-Check gegeben wurde, sind für die Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber folgende Informationen erforderlich.

Partner*in



Falls ein Einverständnis zum bAV-Check gegeben wurde, sind für die Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber folgende Informationen erforderlich.

Arbeitgeber

Arbeitgeber _____

Geschäftsform _____

Land _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Straße _____ Hausnummer _____

Telefon (Vorwahl) _____ Telefon (Rufnummer) _____

tätig seit _____ bAV gewünscht* _____

ja nein

Arbeitgeberförderung in % _____ Arbeitgeberförderung in Euro _____

Befristung* _____ Befristet bis _____

Dienststelle im öffentlichen Dienst _____

Ansprechpartner _____

Email _____

Telefon (Vorwahl) _____ Telefon (Rufnummer) _____

Arbeitgeber _____

Geschäftsform _____

Land _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Straße _____ Hausnummer _____

Telefon (Vorwahl) _____ Telefon (Rufnummer) _____

tätig seit _____ bAV gewünscht* _____

ja nein

Arbeitgeberförderung in % _____ Arbeitgeberförderung in Euro _____

Befristung* _____ Befristet bis _____

Dienststelle im öffentlichen Dienst _____

Ansprechpartner _____

Email _____

Telefon (Vorwahl) _____ Telefon (Rufnummer) _____

Notizen für Berater*in

KONTEN

1. Konto

| | | | | | | | |
|----------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------|-----------------------------------|--------------------------------------|--|
| Inhaber*in* | <input type="radio"/> Mandant*in | <input type="radio"/> Partner*in | <input type="radio"/> Beide | Kontoart* | <input type="radio"/> Privatkonto | <input type="radio"/> Geschäftskonto | <input type="radio"/> Gemeinschaftskonto |
| IBAN* | | | | | | | |
| Name der Bank* | | | | | Jährliche Gebühr _____ | | |

2. Konto

| | | | | | | | |
|----------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------|-----------------------------------|--------------------------------------|--|
| Inhaber*in* | <input type="radio"/> Mandant*in | <input type="radio"/> Partner*in | <input type="radio"/> Beide | Kontoart* | <input type="radio"/> Privatkonto | <input type="radio"/> Geschäftskonto | <input type="radio"/> Gemeinschaftskonto |
| IBAN* | | | | | | | |
| Name der Bank* | | | | | Jährliche Gebühr _____ | | |



KREDITKARTEN

1. Kreditkarte

| | | | | | | | |
|------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------|----------------------------|--|--|------------------------------|
| Inhaber*in* | <input type="radio"/> Mandant*in | <input type="radio"/> Partner*in | Kreditkartenname* | <input type="radio"/> Visa | <input type="radio"/> Mastercard | <input type="radio"/> American Express | <input type="radio"/> Andere |
| Jährliche Gebühr _____ | | | | | Weitere Informationen/Leistungen _____ | | |
| Notizen _____ | | | | | | | |

2. Kreditkarte

| | | | | | | | |
|------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------|----------------------------|--|--|------------------------------|
| Inhaber*in* | <input type="radio"/> Mandant*in | <input type="radio"/> Partner*in | Kreditkartenname* | <input type="radio"/> Visa | <input type="radio"/> Mastercard | <input type="radio"/> American Express | <input type="radio"/> Andere |
| Jährliche Gebühr _____ | | | | | Weitere Informationen/Leistungen _____ | | |
| Notizen _____ | | | | | | | |

1. Kind

| | | |
|---|---|--|
| Vorname* _____ | Nachname* _____ | Geschlecht* _____ |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers |
| Geburtsdatum* _____ | Geburtsort _____ | Staatsangehörigkeit _____ |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Zugehörigkeit* _____ | Status* _____ | Status bis _____ |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input type="radio"/> Beide | <input type="radio"/> Kind <input type="radio"/> Schüler*in <input checked="" type="radio"/> Auszubildende*r <input type="radio"/> Student*in | <input type="text"/> |
| Beruf* _____ | | Steuer-ID _____ |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |

2. Kind

| | | |
|---|---|--|
| Vorname* _____ | Nachname* _____ | Geschlecht* _____ |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers |
| Geburtsdatum* _____ | Geburtsort _____ | Staatsangehörigkeit _____ |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Zugehörigkeit* _____ | Status* _____ | Status bis _____ |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input type="radio"/> Beide | <input type="radio"/> Kind <input type="radio"/> Schüler*in <input checked="" type="radio"/> Auszubildende*r <input type="radio"/> Student*in | <input type="text"/> |
| Beruf* _____ | | Steuer-ID _____ |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |

3. Kind

| | | |
|---|---|--|
| Vorname* _____ | Nachname* _____ | Geschlecht* _____ |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers |
| Geburtsdatum* _____ | Geburtsort _____ | Staatsangehörigkeit _____ |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Zugehörigkeit* _____ | Status* _____ | Status bis _____ |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input type="radio"/> Beide | <input type="radio"/> Kind <input type="radio"/> Schüler*in <input checked="" type="radio"/> Auszubildende*r <input type="radio"/> Student*in | <input type="text"/> |
| Beruf* _____ | | Steuer-ID _____ |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |

4. Kind

| | | |
|---|---|--|
| Vorname* _____ | Nachname* _____ | Geschlecht* _____ |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers |
| Geburtsdatum* _____ | Geburtsort _____ | Staatsangehörigkeit _____ |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Zugehörigkeit* _____ | Status* _____ | Status bis _____ |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input type="radio"/> Beide | <input type="radio"/> Kind <input type="radio"/> Schüler*in <input checked="" type="radio"/> Auszubildende*r <input type="radio"/> Student*in | <input type="text"/> |
| Beruf* _____ | | Steuer-ID _____ |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |

GESUNDHEIT

Mandant*in

Aktueller Gesundheitszustand

Größe in cm _____ Gewicht in kg _____

Raucher*in* _____

ja nein nicht mehr

kein*e Raucher*in mehr seit*

Sehhilfen _____

Brille Kontaktlinsen keine

Dioptrien links _____ Dioptrien rechts _____

Sind Sie zur Zeit vollkommen gesund und arbeitsfähig?

Gesund & arbeitsfähig* _____

ja nein

Art der Krankenversicherung* _____

freiwillig gesetzlich versichert gesetzlich pflichtversichert

privat versichert / Beihilfe

Partner*in

Größe in cm _____ Gewicht in kg _____

Raucher*in* _____

ja nein nicht mehr

kein*e Raucher*in mehr seit*

Sehhilfen _____

Brille Kontaktlinsen keine

Dioptrien links _____ Dioptrien rechts _____

Sind Sie zur Zeit vollkommen gesund und arbeitsfähig?

Gesund & arbeitsfähig* _____

ja nein

Art der Krankenversicherung* _____

freiwillig gesetzlich versichert gesetzlich pflichtversichert

privat versichert / Beihilfe

Krankheitsgeschichte

Bestehen oder bestanden in den letzten fünf Jahren nennenswerte Krankheiten oder Verletzungen (einschließlich Wehrdienstbeschädigungen)?

Erkrankungen* _____

ja nein

Welche und wann? _____

Befinden Sie sich deshalb in ärztlicher Behandlung?

ärztliche Behandlung _____

ja nein

Bestehen oder bestanden in den letzten fünf Jahren nennenswerte Krankheiten oder Verletzungen (einschließlich Wehrdienstbeschädigungen)?

Erkrankungen* _____

ja nein

Welche und wann? _____

Befinden Sie sich deshalb in ärztlicher Behandlung?

ärztliche Behandlung _____

ja nein

Hausarzt/Hausärztin

Name Hausarzt/Hausärztin _____ Land _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Straße _____ Hausnummer _____

Telefon (Vorwahl) _____ Telefon (Rufnummer) _____

Name Hausarzt/Hausärztin _____ Land _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Straße _____ Hausnummer _____

Telefon (Vorwahl) _____ Telefon (Rufnummer) _____

Mandant*in

Gesetzliche Rente

Renteninformation vom _____
Rente volle Erwerbsminderung _____

bislang erreichte Regelaltersrente
künftige Rente ohne Rentenanpassung _____

Sind Sie derzeit noch in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert?
gesetzliche Rente* _____
 ja nein

Freiwilligkeit* _____
 pflichtversichert freiwillig versichert

Bitte tragen Sie bei einer längeren Beitragspause die Werte aus der Renteninformation ein.
freiwilliger Betrag* _____

Wie viele Jahre haben Sie bisher in die gesetzliche Rentenversicherung eingezahlt?
Jahre eingezahlt _____

Zusatzversorgung für öffentlichen Dienst

Hochrechnung ihrer künftigen Altersrente aus Zusatzversorgung (ohne Berücksichtigung von Rentenanpassungen)
monatliche Rente in € _____

Rente wegen voller Erwerbsminderung aus Zusatzversorgung
monatliche Rente in € _____

Partner*in

Renteninformation vom _____
Rente volle Erwerbsminderung _____

bislang erreichte Regelaltersrente
künftige Rente ohne Rentenanpassung _____

Sind Sie derzeitig noch in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert?
gesetzliche Rente* _____
 ja nein

Freiwilligkeit* _____
 pflichtversichert freiwillig versichert

Bitte tragen Sie bei einer längeren Beitragspause die Werte aus der Renteninformation ein.
freiwilliger Betrag* _____

Wie viele Jahre haben Sie bisher in die gesetzliche Rentenversicherung eingezahlt?
Jahre eingezahlt _____

ALTERSVORSORGE AUS BERUFSSTÄNDISCHEN VERSORGUNGSWERKEN

Ärzt*innen, Apotheker*innen, Architekt*innen, Notar*innen, Anwält*innen, Steuerberater*innen/-Bevollmächtigte, Tierärzt*innen, Wirtschaftsprüfer*innen, Psychotherapeut*innen, Ingenieur*innen

Mandant*in

Vorsorgeplan

Name der Gesellschaft* _____
vorauss. Kapitalleistung in € _____

Beginn _____
monatlicher Beitrag in € _____

monatl. Rentenanwartschaft in € _____
vorauss. mtl. Altersrente zum 65. in € _____

monatl. Witwen- oder Witwerrente in € _____
monatliche EU-Rente in € _____

Partner*in

Name der Gesellschaft* _____
vorauss. Kapitalleistung in € _____

Beginn _____
monatlicher Beitrag in € _____

monatl. Rentenanwartschaft in € _____
vorauss. mtl. Altersrente zum 65. in € _____

monatl. Witwen- oder Witwerrente in € _____
monatliche EU-Rente in € _____



PENSION

Mandant*in

Besoldungsordnung* _____

A B C R W

Besoldungsgruppe* _____

Besoldungsstufe* _____

Stellenzuschlag pro Monat in € _____

Regel-Pensionsalter in Jahren _____

Pauschale Beihilfe _____

sonstige ruhegehaltsfähige Dienstjahre in Jahren _____

ruhegehaltsfähige Zulage pro Monat in € _____

nicht ruhegehaltsfähige Zulage pro Monat in € _____

Beschäftigung aktuell* _____

Vollzeit Teilzeit

Stunden in Teilzeit* _____ von _____ Stunden in Vollzeit* _____

Partner*in

Besoldungsordnung* _____

A B C R W

Besoldungsgruppe* _____

Besoldungsstufe* _____

Stellenzuschlag pro Monat in € _____

Regel-Pensionsalter in Jahren _____

Pauschale Beihilfe _____

sonstige ruhegehaltsfähige Dienstjahre in Jahren _____

ruhegehaltsfähige Zulage pro Monat in € _____

nicht ruhegehaltsfähige Zulage pro Monat in € _____

Beschäftigung aktuell* _____

Vollzeit Teilzeit

Stunden in Teilzeit* _____ von _____ Stunden in Vollzeit* _____

Dienstjahre bis 31.12.1991

Dienstjahre bis 31.12.1991 in Jahren* _____

davon Teilzeit in Jahren* _____

Stunden in Teilzeit* _____

Stunden für Vollzeit* _____

Dienstjahre bis 31.12.1991 in Jahren* _____

davon Teilzeit in Jahren* _____

Stunden in Teilzeit* _____

Stunden für Vollzeit* _____

Dienstjahre ab 01.01.1992

Dienstjahre ab 01.01.1992 in Jahren* _____

davon Teilzeit in Jahren* _____

Stunden in Teilzeit* _____

Stunden für Vollzeit* _____

Dienstjahre ab 01.01.1992 in Jahren* _____

davon Teilzeit in Jahren* _____

Stunden in Teilzeit* _____

Stunden für Vollzeit* _____

Notizen für Berater*in

EINNAHMEN


Mandant*in
Einkommen

Brutto in €* _____

Netto in €* _____

Anzahl pro Jahr* _____

Partner*in

Brutto in €* _____

Netto in €* _____



Anzahl pro Jahr* _____

Einkommen aus geringfügiger Beschäftigung

Netto in €* _____

Anzahl pro Jahr* _____

Netto in €* _____

Anzahl pro Jahr* _____


Einkommen aus Selbstständigkeit

Netto in €* _____

Anzahl pro Jahr* _____

Netto in €* _____

Anzahl pro Jahr* _____


Arbeitslosengeld

Netto in €* _____

Anzahl pro Jahr* _____

Netto in €* _____

Anzahl pro Jahr* _____


Rentenleistung

Netto in €* _____

Rentenart* _____

- Altersrente
- Erwerbs-/Berufsunfähig.-Rente
- Betriebsrente
- Witwenrente
- Tantiemen
- Sonstige Rentenart

Netto in €* _____

Rentenart* _____

- Altersrente
- Erwerbs-/Berufsunfähig.-Rente
- Betriebsrente
- Witwenrente
- Tantiemen
- Sonstige Rentenart


Unterhaltseinnahmen

Netto in €* _____

Anzahl pro Jahr* _____

Netto in €* _____

Anzahl pro Jahr* _____


Entnahmen aus Kapitalanlagen

Entnahme in €* _____

Anzahl pro Jahr* _____

Entnahme in €* _____

Anzahl pro Jahr* _____



EINNAHMEN

Mandant*in

Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung



Netto in €* _____ Anzahl/Jahr* _____ für Altersvors. berücks.*
 ja nein

Partner*in

Netto in €* _____ Anzahl/Jahr* _____ für Altersvors. berücks.*
 ja nein

Weitere Einnahmen



Netto in €* _____ Anzahl/Jahr* _____
Einnahmequelle _____

Netto in €* _____ Anzahl/Jahr* _____
Einnahmequelle _____

Steuerliche Angaben



Bezug Mandant*in & Partner*in* _____
 miteinander verheiratet Lebensgemeinschaft

Familienstand* _____
 geschieden ledig verheiratet verwitwet

zu versteuerndes Einkommen pro Jahr in € _____ kirchensteuerpflichtig*
 ja nein

Steuerklasse* _____
 I II III IV V

Sozialversicherungsnummer _____

Steuernummer _____

Steueridentifikationsnummer _____

Ort des Finanzamtes _____

getrennt veranlagt _____ verheiratet seit* _____
 ja nein

Familienstand* _____
 geschieden ledig verheiratet verwitwet

zu versteuerndes Einkommen pro Jahr in € _____ kirchensteuerpflichtig*
 ja nein

Steuerklasse* _____
 I II III IV V

Sozialversicherungsnummer _____

Steuernummer _____

Steueridentifikationsnummer _____

Ort des Finanzamtes _____

Kindergeld

Anzahl erfasster Kinder* _____ Kindergeld mtl. in €* _____

Anzahl Kinderfreibeträge (Steuerkarte) _____ Kindergeldnummer _____

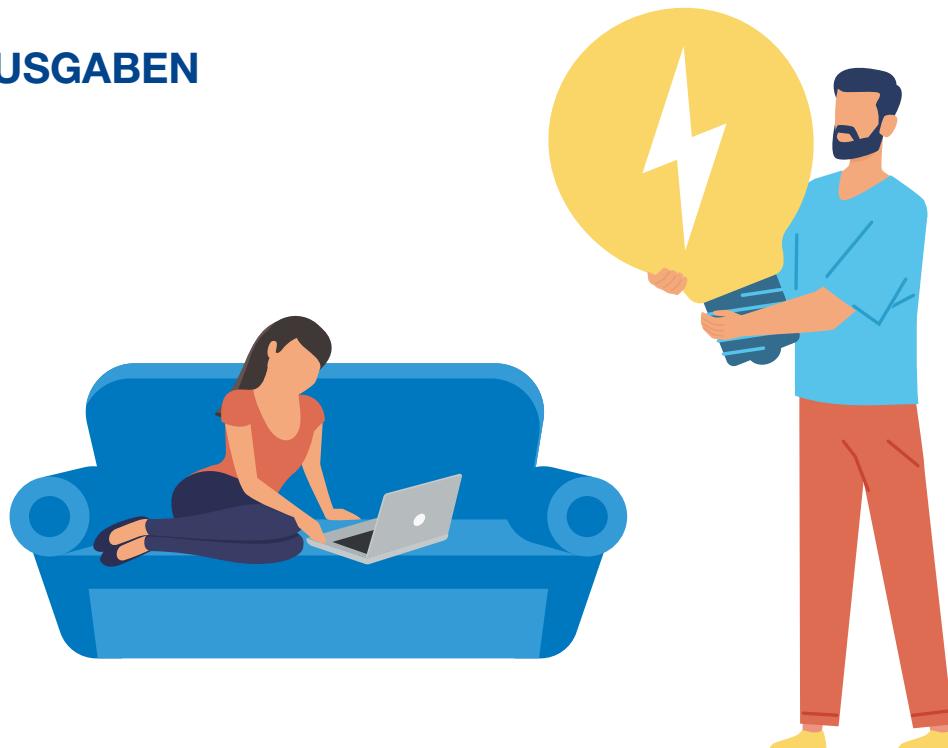
Familienkasse _____

Anzahl erfasster Kinder* _____ Kindergeld mtl. in €* _____

Anzahl Kinderfreibeträge (Steuerkarte) _____ Kindergeldnummer _____

Familienkasse _____

AUSGABEN



Wohnen

| | | |
|---|---|---------------------------------|
| Wohnart | Wohnsituation | |
| <input type="radio"/> Wohnung <input type="radio"/> Doppelhaushälfte <input type="radio"/> Reihenhaus <input type="radio"/> Einfamilienhaus | <input checked="" type="radio"/> Miete <input type="radio"/> Wohneigentum | |
| Kaltmiete mtl. in € _____ | Wohnfläche in qm _____ | Wohnnebenkosten mtl. in € _____ |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Energie > Strom

| | |
|--------------------------------|---|
| Verbrauch in kWh im Jahr _____ | Kosten brutto jährlich in € _____ |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Anbieter _____ | <input type="radio"/> Ökostrom gewünscht <input type="radio"/> gewerbliche Nutzung |
| <input type="text"/> | |

Energie > Gas

| | |
|--------------------------------|---|
| Verbrauch in kWh im Jahr _____ | Kosten brutto jährlich in € _____ |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Anbieter _____ | <input type="radio"/> Biogas gewünscht <input type="radio"/> gewerbliche Nutzung |
| <input type="text"/> | |

Leben

| |
|--------------------------------------|
| Lebenshaltungskosten mtl. in € _____ |
| <input type="text"/> |



Notizen für Berater*in

VERMÖGEN | IMMOBILIEN



1. Immobilie

Objektname* _____

Inhaber*in* _____

Mandant*in Partner*in Beide

Nutzung* _____

selbstgenutzt fremdgenutzt selbst- und fremdgenutzt

Land* _____

Postleitzahl* _____

Ort* _____

Straße* _____

Hausnummer* _____

Art der Immobilie* _____

Wohnung Doppelhaushälfte Reihenhaus Mehrfamilienhaus Einfamilienhaus Grundstück

Wohnfläche in qm _____

Geschätzter Verkehrswert in € _____

Anzahl Wohneinheiten _____

Gesamtfläche in qm _____

2. Immobilie

Objektname* _____

Inhaber*in* _____

Mandant*in Partner*in Beide

Nutzung* _____

selbstgenutzt fremdgenutzt selbst- und fremdgenutzt

Land* _____

Postleitzahl* _____

Ort* _____

Straße* _____

Hausnummer* _____

Art der Immobilie* _____

Wohnung Doppelhaushälfte Reihenhaus Mehrfamilienhaus Einfamilienhaus Grundstück

Wohnfläche in qm _____

Geschätzter Verkehrswert in € _____

Anzahl Wohneinheiten _____

Gesamtfläche in qm _____

Notizen für Berater*in

VERMÖGEN | BANKPRODUKTE

1. Bankprodukt

Vertragsinhaber*in* _____

Mandant*in Partner*in

Institut* _____

Sparvertrag Einmalanlage

Riestervertrag* _____

ja nein

Sparvertragsart* _____

Beteiligung Bonussparen Bundesschatzbrief Festgeld Festverzinsl. Wertpapiere Geldmarktkonto Girokonto
 Prämiensparen Sparbrief Sparbuch Sparvertrag Tagesgeldkonto Zuwachssparen Sonstiges

Verwendungszweck _____

Rente Immobilie Sachwertanlagen Konsum kurzfristig Konsum mittel-/langfristig keine Angabe

Rate je Zahlweise in €* _____

Zahlweise* _____

Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

Vertragsnummer/Kontonummer _____

Guthaben in € _____

Stand des Guthabens vom _____

Zinssatz in % _____

Beginn _____

Ablauf _____

2. Bankprodukt

Vertragsinhaber*in* _____

Mandant*in Partner*in

Institut* _____

Art des Vertrages* _____

Sparvertrag Einmalanlage

Riestervertrag* _____

ja nein

Sparvertragsart* _____

Beteiligung Bonussparen Bundesschatzbrief Festgeld Festverzinsl. Wertpapiere Geldmarktkonto Girokonto
 Prämiensparen Sparbrief Sparbuch Sparvertrag Tagesgeldkonto Zuwachssparen Sonstiges

Verwendungszweck _____

Rente Immobilie Sachwertanlagen Konsum kurzfristig Konsum mittel-/langfristig keine Angabe

Rate je Zahlweise in €* _____

Zahlweise* _____

Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

Vertragsnummer/Kontonummer _____

Guthaben in € _____

Stand des Guthabens vom _____

Zinssatz in % _____

Beginn _____

Ablauf _____

Notizen für Berater*in

VERMÖGEN | INVESTMENTFONDS/AKTIEN/DEPOTS

1. Investmentfonds/Aktie/Depot



Vertragsinhaber*in* _____

Mandant*in Partner*in

Depotwährende Bank* _____

Depotnummer* _____

Gesamtwert in €* _____

Depot-Position

Fonds-/Aktienname _____ ISIN/WKN _____ Anteile _____

Guthaben in € _____ Guthaben vom _____ Art des Vertrages* _____

Sparvertrag Einmalanlage Aktie

Riestervertrag* _____ VWL-Sparer _____ Beginn (nur Riester oder VWL-Sparer) _____

ja nein ja nein

Ablauf (nur Riester oder VWL-Sparer) _____ VWL-Beitrag Arbeitgeber in € _____ VWL-Beitrag Arbeitnehmer*in in € _____

Rate je Zahlweise in €* _____ Zahlweise* _____

Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

Verwendungszweck _____

Rente Immobilie Sachwertanlagen Konsum kurzfristig Konsum mittel-/langfristig Keine Angabe

2. Investmentfonds/Aktie/Depot

Vertragsinhaber*in* _____

Mandant*in Partner*in

Depotwährende Bank* _____

Depotnummer* _____

Gesamtwert in €* _____

Depot-Position

Fonds-/Aktienname _____ ISIN/WKN _____ Anteile _____

Guthaben in € _____ Guthaben vom _____ Art des Vertrages* _____

Sparvertrag Einmalanlage Aktie

Riestervertrag* _____ VWL-Sparer _____ Beginn (nur Riester oder VWL-Sparer) _____

ja nein ja nein

Ablauf (nur Riester oder VWL-Sparer) _____ VWL-Beitrag Arbeitgeber in € _____ VWL-Beitrag Arbeitnehmer*in in € _____

Rate je Zahlweise in €* _____ Zahlweise* _____

Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

Verwendungszweck _____

Rente Immobilie Sachwertanlagen Konsum kurzfristig Konsum mittel-/langfristig Keine Angabe

Notizen für Berater*in _____

1. Bausparer

| | | | |
|---|---|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Vertragsinhaber*in* | Gesellschaft* | | |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input type="radio"/> Beide | <input type="text"/> | | |
| Vertragsnummer* | Beginn* | Geplantes Ende | Bausparsumme in €* |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Rate je Zahlweise in € | Zahlweise* | | |
| <input type="text"/> | <input type="radio"/> Einmalig | <input type="radio"/> Monatlich | <input type="radio"/> Vierteljährlich |
| <input type="radio"/> Halbjährlich | <input type="radio"/> Jährlich | | |
| Tarifname | Aktuelles Guthaben in € | Stand des Guthabens | Guthabenzins |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Darlehenszins | Verwendungszweck | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Riestervertrag* | VWL-Sparer* | VWL-Beitrag Arbeitgeber in € | VWL-Beitrag Arbeitnehmer in € |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

2. Bausparer

| | | | |
|---|---|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Vertragsinhaber*in* | Gesellschaft* | | |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input type="radio"/> Beide | | | |
| Vertragsnummer* | Beginn* | Geplantes Ende | Bausparsumme in €* |
| | | | |
| Rate je Zahlweise in € | Zahlweise* | | |
| | <input type="radio"/> Einmalig | <input type="radio"/> Monatlich | <input type="radio"/> Vierteljährlich |
| <input type="radio"/> Halbjährlich | <input type="radio"/> Jährlich | | |
| Tarifname | Aktuelles Guthaben in € | Stand des Guthabens | Guthabenzins |
| | | | |
| Darlehenszins | Verwendungszweck | | |
| | | | |
| Riestervertrag* | VWL-Sparer* | VWL-Beitrag Arbeitgeber in € | VWL-Beitrag Arbeitnehmer in € |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | | |

Notizen für Berater*in

VERMÖGEN | GESCHLOSSENE FONDS/BETEILIGUNG

Fonds/Beteiligung

 Vertragsinhaber*in* _____

Mandant*in Partner*in

Initiator/Beteiligungsname* _____

Anlagebetrag in €* _____

Beginn _____ Ende _____

Sparleistung in € _____

Zahlweise* _____

Einmalig Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

Art _____

Entwicklung Flugzeug Geschlossene Fonds Immobilien Infrastruktur Lebensversicherung Medien

Portfolio Privatvermög. Schiffsbesitz Sonstiger Fonds

Verwendungszweck _____

Rente Immobilie Sachwertanlagen Konsum kurzfristig Konsum mittel-/langfristig keine Angabe

VERMÖGEN | SONSTIGE VERMÖGENSWERTE

1. Sonstige Vermögenswerte

 Inhaber*in* _____

Mandant*in Partner*in Beide

Vermögensart* _____

Auto Edelmetalle Gemälde

Münzen Sonstiges

Aktueller Wert in €* _____

2. Sonstige Vermögenswerte

Inhaber*in* _____

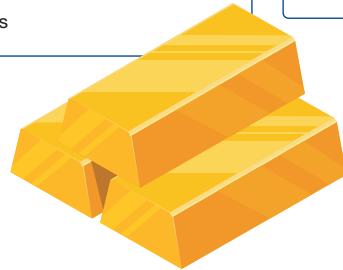
Mandant*in Partner*in Beide

Vermögensart* _____

Auto Edelmetalle Gemälde

Münzen Sonstiges

Aktueller Wert in €* _____



Notizen für Berater*in

VERBINDLICHKEITEN | PRIVATKREDIT

1. Privatkredit

| | | | |
|--|-------------------------------|---|---|
| Inhaber*in* <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in | Bank* _____ | Verwendungszweck _____ |  |
| <input type="radio"/> Leasing | Rate in €* _____ | Zahlweise* <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input type="radio"/> Jährlich | |
| Ursprüngl. Darlehenshöhe in € _____ | Heutige Restschuld in € _____ | Effektiver Jahreszins in % _____ | Ablauf* _____ |

2. Privatkredit

| | | | |
|--|-------------------------------|---|---------------|
| Inhaber*in* <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in | Bank* _____ | Verwendungszweck _____ | |
| <input type="radio"/> Leasing | Rate in €* _____ | Zahlweise* <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input type="radio"/> Jährlich | |
| Ursprüngl. Darlehenshöhe in € _____ | Heutige Restschuld in € _____ | Effektiver Jahreszins in % _____ | Ablauf* _____ |

3. Privatkredit

| | | | |
|--|-------------------------------|---|---------------|
| Inhaber*in* <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in | Bank* _____ | Verwendungszweck _____ | |
| <input type="radio"/> Leasing | Rate in €* _____ | Zahlweise* <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input type="radio"/> Jährlich | |
| Ursprüngl. Darlehenshöhe in € _____ | Heutige Restschuld in € _____ | Effektiver Jahreszins in % _____ | Ablauf* _____ |

VERBINDLICHKEITEN | DISPOKREDIT

1. Dispokredit

| | | | | |
|--|------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|---|
| Inhaber*in* <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in | Verwendungszweck _____ | Höhe des genutzten Dispo in € _____ | Aktueller Dispozins in %* _____ |  |
|--|------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|---|

2. Dispokredit

| | | | |
|--|------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| Inhaber*in* <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in | Verwendungszweck _____ | Höhe des genutzten Dispo in € _____ | Aktueller Dispozins in %* _____ |
|--|------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|

Notizen für Berater*in

VERBINDLICHKEITEN | IMMOBILIENFINANZIERUNGEN



1. Immobilienfinanzierung



| | | | |
|---|---|---|--|
| Darlehensnehmer*in* | <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input type="radio"/> Beide | Institut* | <input type="text"/> |
| Objektname 1. Immobilie (siehe Seite 16)* | <input type="text"/> | | |
| Rate je Zahlweise in €* | <input type="text"/> | Zahlweise* | <input type="text"/> |
| | | <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input type="radio"/> Jährlich | <input type="text"/> Ursprüngl. Darlehenshöhe in € |
| Heutige Restschuld in € | <input type="text"/> | Zinssatz nominal in % | <input type="text"/> |
| | | Darlehensbeginn* | <input type="text"/> |
| | | Ablauf Zinsfestschreibung* | <input type="text"/> |

2. Immobilienfinanzierung

| | | | |
|---|---|---|--|
| Darlehensnehmer*in* | <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input type="radio"/> Beide | Institut* | <input type="text"/> |
| Objektname 2. Immobilie (siehe Seite 16)* | <input type="text"/> | | |
| Rate je Zahlweise in €* | <input type="text"/> | Zahlweise* | <input type="text"/> |
| | | <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input type="radio"/> Jährlich | <input type="text"/> Ursprüngl. Darlehenshöhe in € |
| Heutige Restschuld in € | <input type="text"/> | Zinssatz nominal in % | <input type="text"/> |
| | | Darlehensbeginn* | <input type="text"/> |
| | | Ablauf Zinsfestschreibung* | <input type="text"/> |

Notizen für Berater*in

VERBINDLICHKEITEN | SONSTIGE ZAHLUNGSVERPFLICHTUNG



1. Sonstige Zahlungsverpflichtung

| | | |
|---|---|--------------------------------|
| Inhaber*in* | Art der Zahlungsverpflichtung | |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in | | |
| Verwendungszweck | | |
| Betrag je Zahlweise in €* | Zahlweise* | Ende der Zahlungsverpflichtung |
| | <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input type="radio"/> Jährlich | |

2. Sonstige Zahlungsverpflichtung

| | | |
|---|---|--------------------------------|
| Inhaber*in* | Art der Zahlungsverpflichtung | |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in | | |
| Verwendungszweck | | |
| Betrag je Zahlweise in €* | Zahlweise* | Ende der Zahlungsverpflichtung |
| | <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input type="radio"/> Jährlich | |

3. Sonstige Zahlungsverpflichtung

| | | |
|---|---|--------------------------------|
| Inhaber*in* | Art der Zahlungsverpflichtung | |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in | | |
| Verwendungszweck | | |
| Betrag je Zahlweise in €* | Zahlweise* | Ende der Zahlungsverpflichtung |
| | <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input type="radio"/> Jährlich | |

Notizen für Berater*in



UPLOAD- UND SCANFUNKTION

Checkliste:

- Bausparverträge
- VWL-Anlagen
- Immobilienfinanzierung
- Hausratversicherung
- Glasbruchversicherung
- Privathaftpflichtversicherung
- Tierhalterhaftpflichtversicherung
- Rechtsschutzversicherung
- KFZ Versicherung
- Wohngebäude-/Feuerversicherung
- Private Krankenvollversicherung
- Krankenzusatzversicherung
- Auslandskrankenversicherung
- Erwerbsminderungsversicherung
- Unfallversicherung
- Todesfall-Lebensversicherung
- Sterbegeldversicherung
- Pflegeversicherung
- Private Lebensversicherung
- Private Rentenversicherung
- Riester-Rente
- Basis-Rente
- Betriebliche Altersvorsorge
- Sonstige Versicherungen



HINWEIS

Nutzen Sie die Checkliste um Zeit zu sparen!

Fotografieren Sie bei der Datenaufnahme Policien, Beitragsrechnungen, Nachträge oder Wertmitteilungen und hinterlegen Sie diese bei der jeweiligen Sparte.
Dadurch entfällt für Sie die Detailerfassung der von Ihnen abfotografierten Policien.

Detaillierte Informationen zur Upload- und Scanfunktion finden Sie unter:

TOS Vision 2025 > Informationen > Wissen > Datenaufnahme > Finanzanalyse

VERSICHERUNGEN | SCHUTZ ERWORBENER WERTE

Hausratversicherung

Objektname Immobilie (siehe Seite 16)



Versicherungsnehmer*in*

Mandant*in Partner*in

Name der Gesellschaft*

Versicherungsnummer*

Beitrag je Zahlweise in €*

Zahlweise*

Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

Beginn

Ablauf

Wohnfläche in qm

Versicherungssumme in €

Selbstbehalt in €

Fahrraddiebstahl*

Versicherungssumme Fahrräder in €

ja nein

Glasversicherung*

ja nein

Elementarschäden*

ja nein

Anzahl der Vorschäden in den letzten 5 Jahren

Höhe der Vorschäden in den letzten 5 Jahren

Anzahl der Elementarvorschäden der letzten 10 Jahre

Höhe der Elementarvorschäden der letzten 10 Jahre

Glasbruchversicherung

Objektname Immobilie (siehe Seite 16)



Versicherungsnehmer*in*

Mandant*in Partner*in

Name der Gesellschaft*

Versicherungsnummer*

Beitrag je Zahlweise in €*

Zahlweise*

Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

Beginn

Ablauf

Wohnfläche in qm

Selbstbehalt in €

Anzahl der Vorschäden in den letzten 5 Jahren

Höhe der Vorschäden in den letzten 5 Jahren

Notizen für Berater*in

VERSICHERUNGEN | SCHUTZ ERWORBENER WERTE

Privathaftpflichtversicherung

 Versicherungsnehmer*in* Mandant*in Partner*in Name der Gesellschaft* _____ Versicherungsnummer* _____

Beitrag je Zahlweise in €* _____ Zahlweise* _____ Tarif* _____

Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich Singletarif Familientarif

Beginn _____ Ablauf _____ Diensthaftpflicht* _____ Deckungssumme in €* _____

ja nein Selbstbehalt in € _____ Anzahl der Vorschäden in den letzten 5 Jahren _____ Höhe der Vorschäden in den letzten 5 Jahren _____



Tierhalterhaftpflichtversicherung

 Versicherungsnehmer*in* Mandant*in Partner*in Name der Gesellschaft* _____ Versicherungsnummer* _____

Beitrag je Zahlweise in €* _____ Zahlweise* _____

Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

Beginn _____ Ablauf _____ Tierart* _____ Kampfhund* _____ Anzahl Tiere* _____

Hund Pferd ja nein Rasse _____ Deckungssumme in €* _____ Selbstbehalt in € _____

Anzahl der Vorschäden in den letzten 5 Jahren _____ Höhe der Vorschäden in den letzten 5 Jahren _____

Notizen für Berater*in

VERSICHERUNGEN | SCHUTZ ERWORBENER WERTE

1. Rechtsschutzversicherung

| | | |
|--|--|---|
| Versicherungsnehmer*in* | Name der Gesellschaft* | Versicherungsnummer* |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in | | |
| Beitrag je Zahlweise in €* | Zahlweise* | |
| | <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input type="radio"/> Jährlich | |
| Tarif* | Beginn | Ablauf |
| <input type="radio"/> Singletarif <input type="radio"/> Familientarif | | |
| Versicherungsumfang* | | |
| <input type="radio"/> Privat <input type="radio"/> Beruf <input checked="" type="radio"/> Verkehr (Fahrzeug bzw. Fahrerrechtsschutz) <input type="radio"/> Wohnungs- und Grundstücks-RS selbstgenutzte Wohnung | <input type="radio"/> Wohnungs- und Grundstücks-RS vermietete Wohneinheiten <input type="radio"/> Erweiterter Strafrechtsschutz <input type="radio"/> Rechtsschutz für Selbstständige (Firmenrechtsschutz) | |
| Unbegrenzte Deckung* | Deckungssumme in €* | Selbstbehalt in € |
| <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein | | |
| Anzahl vermietete Wohneinheiten | Anzahl der Vorschäden in den letzten 5 Jahren | Höhe der Vorschäden in den letzten 5 Jahren |
| | | |

2. Rechtsschutzversicherung

| | | |
|--|--|---|
| Versicherungsnehmer*in* | Name der Gesellschaft* | Versicherungsnummer* |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in | | |
| Beitrag je Zahlweise in €* | Zahlweise* | |
| | <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input type="radio"/> Jährlich | |
| Tarif* | Beginn | Ablauf |
| <input type="radio"/> Singletarif <input type="radio"/> Familientarif | | |
| Versicherungsumfang* | | |
| <input type="radio"/> Privat <input type="radio"/> Beruf <input checked="" type="radio"/> Verkehr (Fahrzeug bzw. Fahrerrechtsschutz) <input type="radio"/> Wohnungs- und Grundstücks-RS selbstgenutzte Wohnung | <input type="radio"/> Wohnungs- und Grundstücks-RS vermietete Wohneinheiten <input type="radio"/> Erweiterter Strafrechtsschutz <input type="radio"/> Rechtsschutz für Selbstständige (Firmenrechtsschutz) | |
| Unbegrenzte Deckung* | Deckungssumme in €* | Selbstbehalt in € |
| <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein | | |
| Anzahl vermietete Wohneinheiten | Anzahl der Vorschäden in den letzten 5 Jahren | Höhe der Vorschäden in den letzten 5 Jahren |
| | | |

Notizen für Berater*in

VERSICHERUNGEN | SCHUTZ ERWORBENER WERTE

1. KFZ-Versicherung

| | | |
|---|---|-----------------------------|
| Versicherungsnehmer*in* | Name der Gesellschaft* | Versicherungsnummer* |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in | | |
| Fahrzeugart | Amtliches Kennzeichen | |
| <input type="radio"/> PKW <input type="radio"/> Motorrad <input type="radio"/> LKW <input type="radio"/> Traktor <input type="radio"/> Anhänger <input type="radio"/> Wohnwagen | | |
| Beitrag je Zahlweise in €* | Zahlweise* | Name Hersteller |
| | <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input type="radio"/> Jährlich | |
| Beginn | Ablauf | Herstellerschlüssel |
| | | |
| Versicherungsart* | Selbstbehalt Teilkasko in € | Selbstbehalt Vollkasko in € |
| <input type="radio"/> Vollkasko <input type="radio"/> Teilkasko <input type="radio"/> ohne | | |
| | | |

2. KFZ-Versicherung

| | | |
|---|---|-----------------------------|
| Versicherungsnehmer*in* | Name der Gesellschaft* | Versicherungsnummer* |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in | | |
| Fahrzeugart | Amtliches Kennzeichen | |
| <input type="radio"/> PKW <input type="radio"/> Motorrad <input type="radio"/> LKW <input type="radio"/> Traktor <input type="radio"/> Anhänger <input type="radio"/> Wohnwagen | | |
| Beitrag je Zahlweise in €* | Zahlweise* | Name Hersteller |
| | <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input type="radio"/> Jährlich | |
| Beginn | Ablauf | Herstellerschlüssel |
| | | |
| Versicherungsart* | Selbstbehalt Teilkasko in € | Selbstbehalt Vollkasko in € |
| <input type="radio"/> Vollkasko <input type="radio"/> Teilkasko <input type="radio"/> ohne | | |
| | | |

3. KFZ-Versicherung

| | | |
|---|---|-----------------------------|
| Versicherungsnehmer*in* | Name der Gesellschaft* | Versicherungsnummer* |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in | | |
| Fahrzeugart | Amtliches Kennzeichen | |
| <input type="radio"/> PKW <input type="radio"/> Motorrad <input type="radio"/> LKW <input type="radio"/> Traktor <input type="radio"/> Anhänger <input type="radio"/> Wohnwagen | | |
| Beitrag je Zahlweise in €* | Zahlweise* | Name Hersteller |
| | <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input type="radio"/> Jährlich | |
| Beginn | Ablauf | Herstellerschlüssel |
| | | |
| Versicherungsart* | Selbstbehalt Teilkasko in € | Selbstbehalt Vollkasko in € |
| <input type="radio"/> Vollkasko <input type="radio"/> Teilkasko <input type="radio"/> ohne | | |
| | | |

VERSICHERUNGEN | SCHUTZ ERWORBENER WERTE

1. Wohngebäude-/Feuerversicherung

Objektname 1. Immobilie (siehe Seite 16)*

[QR-Code]

Versicherungsnehmer*in*

Mandant*in Partner*in

Name der Gesellschaft*

Versicherungsnummer*

Beitrag je Zahlweise in €*

Zahlweise*

Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

Beginn _____ Ablauf _____

Wohnfläche in qm*

Anzahl Wohneinheiten _____ Baujahr*

Anzahl Garagen _____ Anzahl Carports _____ Bauartklasse*

Denkmalschutz*

ja nein

Selbstbehalt in € _____ Nebengebäude*

ja nein Art des Nebengebäudes*

Nutzfläche Nebengebäude in qm*

Gewerbe vorhanden*

ja nein Art des Gewerbes _____ Anzahl Gewerbeeinheiten _____

Gewerbefläche in qm _____ Gesamtfläche inkl. Gewerbe in qm _____ Versicherungsumfang

Feuer Leitungsw. Sturm/Hagel Elementar Glasbruch

Anzahl Vorschäden der letzten 5 Jahre _____ Höhe Vorschäden der letzten 5 Jahre _____ Anzahl Elementarvorschäden, letzte 10 Jahre _____ Höhe Elementarvorschäden, letzte 10 Jahre _____

2. Wohngebäude-/Feuerversicherung

Objektname 1. Immobilie (siehe Seite 16)*

Versicherungsnehmer*in*

Mandant*in Partner*in

Name der Gesellschaft*

Versicherungsnummer*

Beitrag je Zahlweise in €*

Zahlweise*

Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

Beginn _____ Ablauf _____

Wohnfläche in qm*

Anzahl Wohneinheiten _____ Baujahr*

Anzahl Garagen _____ Anzahl Carports _____ Bauartklasse*

Denkmalschutz*

ja nein

Selbstbehalt in € _____ Nebengebäude*

ja nein Art des Nebengebäudes*

Nutzfläche Nebengebäude in qm*

Gewerbe vorhanden*

ja nein Art des Gewerbes _____ Anzahl Gewerbeeinheiten _____

Gewerbefläche in qm _____ Gesamtfläche inkl. Gewerbe in qm _____ Versicherungsumfang

Feuer Leitungsw. Sturm/Hagel Elementar Glasbruch

Anzahl Vorschäden der letzten 5 Jahre _____ Höhe Vorschäden der letzten 5 Jahre _____ Anzahl Elementarvorschäden, letzte 10 Jahre _____ Höhe Elementarvorschäden, letzte 10 Jahre _____

VERSICHERUNGEN | SCHUTZ ERWORBENER WERTE

1. Sonstige Versicherung

Versicherungsnehmer*in*

Mandant*in Partner*in

Name der Gesellschaft*

Versicherungsnummer*

Art der Versicherung*

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="radio"/> Amtshaftpflichtversicherung | <input type="radio"/> Betriebs-/Berufshaftpflichtversicherung | <input type="radio"/> Bootshaftpflichtversicherung | <input type="radio"/> Bootskaskoversicherung |
| <input type="radio"/> Geschäftsinhaltsversicherung | <input type="radio"/> Gewässerschadenhaftpflichtversicherung | <input type="radio"/> Hausgrundbesitzerhaftpflicht | <input type="radio"/> Tierrechtsschutzversicherung |
| <input type="radio"/> Tierunfallversicherung | <input type="radio"/> Tier OP Versicherung | <input type="radio"/> Tierkrankenversicherung | <input type="radio"/> Jagdhaftpflichtversicherung |
| <input type="radio"/> Photovoltaikversicherung | <input type="radio"/> Reisegepäckversicherung | <input type="radio"/> Reiserücktrittversicherung | <input type="radio"/> Schutzbrief |
| <input type="radio"/> Sportboothaftpflicht | <input type="radio"/> Vermögensschadenhaftpflicht | <input type="radio"/> Kautionsversicherung | <input type="radio"/> Elektronikversicherung |
| <input type="radio"/> Andere | | | |

Beitrag je Zahlweise in €*

Zahlweise*

Versicherungssumme in €

Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

Beginn

Ablauf

Selbstbehalt in €

2. Sonstige Versicherung

Versicherungsnehmer*in*

Mandant*in Partner*in

Name der Gesellschaft*

Versicherungsnummer*

Art der Versicherung*

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="radio"/> Amtshaftpflichtversicherung | <input type="radio"/> Betriebs-/Berufshaftpflichtversicherung | <input type="radio"/> Bootshaftpflichtversicherung | <input type="radio"/> Bootskaskoversicherung |
| <input type="radio"/> Geschäftsinhaltsversicherung | <input type="radio"/> Gewässerschadenhaftpflichtversicherung | <input type="radio"/> Hausgrundbesitzerhaftpflicht | <input type="radio"/> Tierrechtsschutzversicherung |
| <input type="radio"/> Tierunfallversicherung | <input type="radio"/> Tier OP Versicherung | <input type="radio"/> Tierkrankenversicherung | <input type="radio"/> Jagdhaftpflichtversicherung |
| <input type="radio"/> Photovoltaikversicherung | <input type="radio"/> Reisegepäckversicherung | <input type="radio"/> Reiserücktrittversicherung | <input type="radio"/> Schutzbrief |
| <input type="radio"/> Sportboothaftpflicht | <input type="radio"/> Vermögensschadenhaftpflicht | <input type="radio"/> Kautionsversicherung | <input type="radio"/> Elektronikversicherung |
| <input type="radio"/> Andere | | | |

Beitrag je Zahlweise in €*

Zahlweise*

Versicherungssumme in €

Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

Beginn

Ablauf

Selbstbehalt in €

Notizen für Berater*in

VERSICHERUNGEN | EXISTENZRISIKEN

1. Gesetzliche Krankenversicherung

| | | | |
|---|---|---|---|
| Versicherungsnehmer*in* | Name der Gesellschaft* | Mitgliedsnummer* | |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in | | | |
| Beginn _____ | Versicherungsstatus* | Bonusprogramm* | |
| | <input type="radio"/> freiwillig versichert <input type="radio"/> pflichtversichert | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | |
| Krankentagegeld in € _____ | Krankentagegeld ab Tag _____ | Beitrag je Zahlweise in €* _____ | Zahlweise* |
| | | | <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input type="radio"/> Jährlich |

2. Gesetzliche Krankenversicherung

| | | | |
|---|---|---|---|
| Versicherungsnehmer*in* | Name der Gesellschaft* | Mitgliedsnummer* | |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in | | | |
| Beginn _____ | Versicherungsstatus* | Bonusprogramm* | |
| | <input type="radio"/> freiwillig versichert <input type="radio"/> pflichtversichert | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | |
| Krankentagegeld in € _____ | Krankentagegeld ab Tag _____ | Beitrag je Zahlweise in €* _____ | Zahlweise* |
| | | | <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input type="radio"/> Jährlich |

1. Private Krankenvollversicherung

| | | |
|--|------------------------------|---|
| Versicherungsnehmer*in* | Name der Gesellschaft* | Versicherungsnummer* |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input type="radio"/> Andere | | |
| Anrede* | Vorname* | Nachname* |
| <input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Keine | | |
| Geburtsdatum* | Beitrag je Zahlweise in €* | Zahlweise* |
| | | <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input type="radio"/> Jährlich |
| 1. versicherte Person* | Tarif | Beginn* |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input type="radio"/> _____ | | |
| Krankentagegeld in € _____ | Krankentagegeld ab Tag _____ | Krankenhaustagegeld _____ |
| | | |
| Beihilfeanspruch* | | Beihilfeträger* |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | | <input type="radio"/> Bund <input type="radio"/> Land |
| 2. versicherte Person* | Tarif | Beginn* |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input type="radio"/> _____ | | |
| Krankentagegeld in € _____ | Krankentagegeld ab Tag _____ | Krankenhaustagegeld _____ |
| | | |
| Beihilfeanspruch* | | Beihilfeträger* |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | | <input type="radio"/> Bund <input type="radio"/> Land |

Notizen für Berater*in

VERSICHERUNGEN | EXISTENZRISIKEN

2. Private Krankenvollversicherung

 Versicherungsnehmer*in _____ Name der Gesellschaft* _____ Versicherungsnummer* _____

Anrede* _____ Vorname* _____ Nachname* _____

Mandant*in Partner*in Andere

Geburtsdatum* _____ Beitrag je Zahlweise in €* _____ Zahlweise* _____

Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

1. versicherte Person* _____ Tarif _____ Beginn* _____

Mandant*in Partner*in _____

Krankentagegeld in € _____ Krankentagegeld ab Tag _____ Krankenhaustagegeld _____ Beihilfeanspruch* _____ Beihilfeträger* _____

ja nein Bund Land

2. versicherte Person* _____ Tarif _____ Beginn* _____

Mandant*in Partner*in _____

Krankentagegeld in € _____ Krankentagegeld ab Tag _____ Krankenhaustagegeld _____ Beihilfeanspruch* _____ Beihilfeträger* _____

ja nein Bund Land

1. Private Krankenzusatzversicherung

 Versicherungsnehmer*in* _____ Name der Gesellschaft* _____ Versicherungsnummer* _____

Anrede* _____ Vorname* _____ Nachname* _____

Geburtsdatum* _____ Beitrag je Zahlweise in €* _____ Zahlweise* _____

Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

1. versicherte Person* _____ Tarif _____ Beginn* _____

Mandant*in Partner*in _____

Krankentagegeld in € _____ Krankentagegeld ab Tag _____ Pflegetagegeld _____ Versicherungsumfang _____

ambulant stationär Zahn

2. versicherte Person* _____ Tarif _____ Beginn* _____

Mandant*in Partner*in _____

Krankentagegeld in € _____ Krankentagegeld ab Tag _____ Pflegetagegeld _____ Versicherungsumfang _____

ambulant stationär Zahn

Notizen für Berater*in

VERSICHERUNGEN | EXISTENZRISIKEN

2. Private Krankenzusatzversicherung

| | | | |
|---|----------------------------|--|--|
| Versicherungsnehmer*in* | Name der Gesellschaft* | Versicherungsnummer* | |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input checked="" type="radio"/> Andere | | | |
| Anrede* | Vorname* | Nachname* | |
| <input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau <input checked="" type="radio"/> Keine | | | |
| Geburtsdatum* | Beitrag je Zahlweise in €* | Zahlweise* | |
| | | <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input checked="" type="radio"/> Jährlich | |
| 1. versicherte Person* | Tarif | Beginn* | |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input checked="" type="radio"/> | | | |
| Krankentagegeld in € | Krankentagegeld ab Tag | Pflegetagegeld | Versicherungsumfang |
| | | | <input type="radio"/> ambulant <input type="radio"/> stationär <input checked="" type="radio"/> Zahn |
| 2. versicherte Person* | Tarif | Beginn* | |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input checked="" type="radio"/> | | | |
| Krankentagegeld in € | Krankentagegeld ab Tag | Pflegetagegeld | Versicherungsumfang |
| | | | <input type="radio"/> ambulant <input type="radio"/> stationär <input checked="" type="radio"/> Zahn |

1. Auslandskrankenversicherung

| | | |
|---|----------------------------|--|
| Versicherungsnehmer*in* | Name der Gesellschaft* | Versicherungsnummer* |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input checked="" type="radio"/> Andere | | |
| Anrede* | Vorname* | Nachname* |
| <input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau <input checked="" type="radio"/> Keine | | |
| Geburtsdatum* | Beitrag je Zahlweise in €* | Zahlweise* |
| | | <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input checked="" type="radio"/> Jährlich |
| Versicherte Person* | Tarif | Beginn* |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input checked="" type="radio"/> | | |

2. Auslandskrankenversicherung

| | | |
|---|----------------------------|--|
| Versicherungsnehmer*in* | Name der Gesellschaft* | Versicherungsnummer* |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input checked="" type="radio"/> Andere | | |
| Anrede* | Vorname* | Nachname* |
| <input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau <input checked="" type="radio"/> Keine | | |
| Geburtsdatum* | Beitrag je Zahlweise in €* | Zahlweise* |
| | | <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input checked="" type="radio"/> Jährlich |
| Versicherte Person* | Tarif | Beginn* |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input checked="" type="radio"/> | | |

VERSICHERUNGEN | EXISTENZRISIKEN

1. Erwerbsminderungsversicherung

 Versicherungsnehmer*in _____

Mandant*in Partner*in Andere

Name der Gesellschaft* _____

Versicherungsnummer* _____

Anrede* _____

Herr Frau Keine

Vorname* _____

Nachname* _____

Geburtsdatum* _____

Beitrag je Zahlweise in €* _____

Zahlweise* _____

Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

Art der Versicherung* _____

Berufsunfähigkeit Dienstunfähigkeit Dread Disease Erwerbsunfähigkeit Grundfähigkeit

Beginn* _____

Ablauf* _____

1. versicherte Person* _____

Mandant*in Partner*in _____

Versicherungssumme _____

Rente monatlich _____

Beitragsfrei* _____

ja nein

2. versicherte Person* _____

Mandant*in Partner*in _____

Versicherungssumme _____

Rente monatlich _____

Beitragsfrei* _____

ja nein

2. Erwerbsminderungsversicherung

Versicherungsnehmer*in _____

Mandant*in Partner*in Andere

Name der Gesellschaft* _____

Versicherungsnummer* _____

Anrede* _____

Herr Frau Keine

Vorname* _____

Nachname* _____

Geburtsdatum* _____

Beitrag je Zahlweise in €* _____

Zahlweise* _____

Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

Art der Versicherung* _____

Berufsunfähigkeit Dienstunfähigkeit Dread Disease Erwerbsunfähigkeit Grundfähigkeit

Beginn* _____

Ablauf* _____

1. versicherte Person* _____

Mandant*in Partner*in _____

Versicherungssumme _____

Rente monatlich _____

Beitragsfrei* _____

ja nein

2. versicherte Person* _____

Mandant*in Partner*in _____

Versicherungssumme _____

Rente monatlich _____

Beitragsfrei* _____

ja nein

Notizen für Berater*in

VERSICHERUNGEN | EXISTENZRISIKEN

1. Unfall und Invalidität

| | | | |
|---|---|----------------------------|------------------------------|
| Versicherungsnehmer*in _____ | Name der Gesellschaft* _____ | Versicherungsnummer* _____ | |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input checked="" type="radio"/> Andere | | | |
| Anrede* _____ | Vorname* _____ | Nachname* _____ | |
| <input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Keine | | | |
| Beitrag je Zahlweise in €* _____ | Zahlweise* _____ | Beginn* _____ | Ablauf* _____ |
| | <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input type="radio"/> Jährlich | | |
| 1. versicherte Person* _____ | Vollinvalidität in € _____ | Progression in % _____ | Invaliditätsgrundsumme _____ |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input checked="" type="radio"/> _____ | | | |
| Todesfallsumme _____ | Unfallrente in € _____ | KHT _____ | Genesungsgeld _____ |
| | | | |
| Beitragsrückgewähr* | <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein | | |
| 2. versicherte Person* _____ | Vollinvalidität in € _____ | Progression in % _____ | Invaliditätsgrundsumme _____ |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input checked="" type="radio"/> _____ | | | |
| Todesfallsumme _____ | Unfallrente in € _____ | KHT _____ | Genesungsgeld _____ |
| | | | |
| Beitragsrückgewähr* | <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein | | |

2. Unfall und Invalidität

| | | | |
|---|---|----------------------------|------------------------------|
| Versicherungsnehmer*in _____ | Name der Gesellschaft* _____ | Versicherungsnummer* _____ | |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input checked="" type="radio"/> Andere | | | |
| Anrede* _____ | Vorname* _____ | Nachname* _____ | |
| <input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Keine | | | |
| Beitrag je Zahlweise in €* _____ | Zahlweise* _____ | Beginn* _____ | Ablauf* _____ |
| | <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input type="radio"/> Jährlich | | |
| 1. versicherte Person* _____ | Vollinvalidität in € _____ | Progression in % _____ | Invaliditätsgrundsumme _____ |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input checked="" type="radio"/> _____ | | | |
| Todesfallsumme _____ | Unfallrente in € _____ | KHT _____ | Genesungsgeld _____ |
| | | | |
| Beitragsrückgewähr* | <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein | | |
| 2. versicherte Person* _____ | Vollinvalidität in € _____ | Progression in % _____ | Invaliditätsgrundsumme _____ |
| <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input checked="" type="radio"/> _____ | | | |
| Todesfallsumme _____ | Unfallrente in € _____ | KHT _____ | Genesungsgeld _____ |
| | | | |
| Beitragsrückgewähr* | <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein | | |

Notizen für Berater*in

VERSICHERUNGEN | EXISTENZRISIKEN

1. Todesfall-Lebensversicherung

 Versicherungsnehmer*in _____ Name der Gesellschaft* _____ Versicherungsnummer* _____

Anrede* _____ Vorname* _____ Nachname* _____ Geburtsdatum* _____

Mandant*in Partner*in Andere

Herr Frau Keine

Beitrag je Zahlweise in €* _____ Zahlweise* _____ Beginn* _____ Ablauf* _____

Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

Versicherte Person* _____ Versicherungssumme _____ Sterbegeld* _____ Vertrag abgetreten* _____

Mandant*in Partner*in _____

ja nein

Auf Gegenseitigkeit* _____ BU-Rente monatlich _____ Begünstigter im Todesfall _____

ja nein

Mandant*in Partner*in _____

ja nein

2. Todesfall-Lebensversicherung

Versicherungsnehmer*in* _____ Name der Gesellschaft* _____ Versicherungsnummer* _____

Anrede* _____ Vorname* _____ Nachname* _____ Geburtsdatum* _____

Mandant*in Partner*in Andere

Herr Frau Keine

Beitrag je Zahlweise in €* _____ Zahlweise* _____ Beginn* _____ Ablauf* _____

Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

Versicherte Person* _____ Versicherungssumme _____ Sterbegeld* _____ Vertrag abgetreten* _____

Mandant*in Partner*in _____

ja nein

Auf Gegenseitigkeit* _____ BU-Rente monatlich _____ Begünstigter im Todesfall _____

ja nein

Mandant*in Partner*in _____

ja nein

3. Todesfall-Lebensversicherung

Versicherungsnehmer*in* _____ Name der Gesellschaft* _____ Versicherungsnummer* _____

Anrede* _____ Vorname* _____ Nachname* _____ Geburtsdatum* _____

Mandant*in Partner*in Andere

Herr Frau Keine

Beitrag je Zahlweise in €* _____ Zahlweise* _____ Beginn* _____ Ablauf* _____

Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

Versicherte Person* _____ Versicherungssumme _____ Sterbegeld* _____ Vertrag abgetreten* _____

Mandant*in Partner*in _____

ja nein

Auf Gegenseitigkeit* _____ BU-Rente monatlich _____ Begünstigter im Todesfall _____

ja nein

Mandant*in Partner*in _____

ja nein

VERSICHERUNGEN | EXISTENZRISIKEN

1. Pflegeversicherung

| | | |
|---|--|--|
| Versicherungsnehmer*in* <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input checked="" type="radio"/> Andere | Name der Gesellschaft* _____ | Versicherungsnummer* _____ |
| Anrede* <input type="radio"/> Herr <input checked="" type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Keine | Vorname* _____ | Nachname* _____ |
| Geburtsdatum* _____ | | |
| Beitrag je Zahlweise in €* _____ | Zahlweise* <input type="radio"/> Einmalig <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input type="radio"/> Jährlich | |
| Art der Versicherung* <input type="radio"/> Lebensversicherung (Pflegerente) <input checked="" type="radio"/> Krankenversicherung (Pflegetagegeld) | Pflegerente/Pflegetagegeld _____ | |
| Versicherte Person* <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input checked="" type="radio"/> _____ | Beginn* _____ | Ablauf* _____ |
| | | Pflege-Bahr* <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |



2. Pflegeversicherung

| | | |
|---|--|--|
| Versicherungsnehmer*in* <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input checked="" type="radio"/> Andere | Name der Gesellschaft* _____ | Versicherungsnummer* _____ |
| Anrede* <input type="radio"/> Herr <input checked="" type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Keine | Vorname* _____ | Nachname* _____ |
| Geburtsdatum* _____ | | |
| Beitrag je Zahlweise in €* _____ | Zahlweise* <input type="radio"/> Einmalig <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input type="radio"/> Jährlich | |
| Art der Versicherung* <input type="radio"/> Lebensversicherung (Pflegerente) <input checked="" type="radio"/> Krankenversicherung (Pflegetagegeld) | Pflegerente/Pflegetagegeld _____ | |
| Versicherte Person* <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input checked="" type="radio"/> _____ | Beginn* _____ | Ablauf* _____ |
| | | Pflege-Bahr* <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |

Notizen für Berater*in

VERSICHERUNGEN | PRIVATE ALTERSVORSORGE

1. Lebens- und Rentenversicherung

 Art der Versicherung* _____

private Lebensversich. private Rentenversich. betriebliche Altersvors. Riesterrente Basisrente

Versicherungsnehmer*in* _____

Mandant*in Partner*in Andere Firma

Name der Gesellschaft* _____

Vorsorgeart* _____

klassisch fondsgebunden

Anrede* _____

Herr Frau Keine

Vorname* _____

Nachname* _____

Geburtsdatum* _____

Firmenname* _____

Beginn* _____

Ablauf* _____

Versicherte Person* _____

Begünstigter im Todesfall _____

Mandant*in Partner*in _____

Beitrag je Zahlweise in €* _____

Zahlweise* _____

Einmalig Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

Vertrag abgetreten* _____

ja nein

Todesfallsumme _____

vorauss. Kapitalleistung _____

vorauss. monatliche Rente _____

geschätz. Rückkaufwert _____

BUZ-/DUZ-Rente monatlich _____

2. Lebens- und Rentenversicherung

Art der Versicherung* _____

private Lebensversich. private Rentenversich. betriebliche Altersvors. Riesterrente Basisrente

Versicherungsnehmer*in* _____

Mandant*in Partner*in Andere Firma

Name der Gesellschaft* _____

Versicherungsnummer* _____

Vorsorgeart* _____

klassisch fondsgebunden

Anrede* _____

Herr Frau Keine

Vorname* _____

Nachname* _____

Geburtsdatum* _____

Firmenname* _____

Beginn* _____

Ablauf* _____

Versicherte Person* _____

Begünstigter im Todesfall _____

Mandant*in Partner*in _____

Beitrag je Zahlweise in €* _____

Zahlweise* _____

Einmalig Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

Vertrag abgetreten* _____

ja nein

Todesfallsumme _____

vorauss. Kapitalleistung _____

vorauss. monatliche Rente _____

geschätz. Rückkaufwert _____

BUZ-/DUZ-Rente monatlich _____

Notizen für Berater*in

VERSICHERUNGEN | PRIVATE ALTERSVORSORGE



3. Lebens- und Rentenversicherung

Art der Versicherung*

private Lebensversich. private Rentenversich. betriebliche Altersvors. Riesterrente Basisrente

Vorsorgeart*

klassisch fondsgebunden

Versicherungsnehmer*in*

Mandant*in Partner*in Andere Firma

Name der Gesellschaft*

Versicherungsnummer*

Anrede*

Herr Frau Keine

Vorname*

Nachname*

Geburtsdatum*

Firmenname*

Beginn*

Ablauf*

Versicherte Person*

Mandant*in Partner*in

Begünstigter im Todesfall

Mandant*in Partner*in

Beitrag je Zahlweise in €*

Zahlweise*

Einmalig Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

Vertrag abgetreten*

ja nein

Todesfallsumme

vorauss. Kapitalleistung

vorauss. monatliche Rente

geschätz. Rückkaufwert

BUZ-/DUZ-Rente monatlich

4. Lebens- und Rentenversicherung

Art der Versicherung*

private Lebensversich. private Rentenversich. betriebliche Altersvors. Riesterrente Basisrente

Vorsorgeart*

klassisch fondsgebunden

Versicherungsnehmer*in*

Mandant*in Partner*in Andere Firma

Name der Gesellschaft*

Versicherungsnummer*

Anrede*

Herr Frau Keine

Vorname*

Nachname*

Geburtsdatum*

Firmenname*

Beginn*

Ablauf*

Versicherte Person*

Mandant*in Partner*in

Begünstigter im Todesfall

Mandant*in Partner*in

Beitrag je Zahlweise in €*

Zahlweise*

Einmalig Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

Vertrag abgetreten*

ja nein

Todesfallsumme

vorauss. Kapitalleistung

vorauss. monatliche Rente

geschätz. Rückkaufwert

BUZ-/DUZ-Rente monatlich

Notizen für Berater*in

VERSICHERUNGEN | PRIVATE ALTERSVORSORGE

5. Lebens- und Rentenversicherung

 Art der Versicherung* _____

private Lebensversich. private Rentenversich. betriebliche Altersvors. Riesterrente Basisrente

Versicherungsnehmer*in* _____

Mandant*in Partner*in Andere Firma

Name der Gesellschaft* _____

Vorsorgeart* _____

klassisch fondsgebunden

Anrede* _____

Herr Frau Keine

Vorname* _____

Nachname* _____

Geburtsdatum* _____

Firmenname* _____

Beginn* _____

Ablauf* _____

Versicherte Person* _____

Mandant*in Partner*in _____

Begünstigter im Todesfall _____

Mandant*in Partner*in _____

Beitrag je Zahlweise in €* _____

Zahlweise* _____

Einmalig Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

Vertrag abgetreten* _____

ja nein

Todesfallsumme _____

vorauss. Kapitalleistung _____

vorauss. monatliche Rente _____

geschätz. Rückkaufwert _____

BUZ-/DUZ-Rente monatlich _____

6. Lebens- und Rentenversicherung

Art der Versicherung* _____

private Lebensversich. private Rentenversich. betriebliche Altersvors. Riesterrente Basisrente

Versicherungsnehmer*in* _____

Mandant*in Partner*in Andere Firma

Name der Gesellschaft* _____

Versicherungsnummer* _____

Vorsorgeart* _____

klassisch fondsgebunden

Anrede* _____

Herr Frau Keine

Vorname* _____

Nachname* _____

Geburtsdatum* _____

Firmenname* _____

Beginn* _____

Ablauf* _____

Versicherte Person* _____

Mandant*in Partner*in _____

Begünstigter im Todesfall _____

Mandant*in Partner*in _____

Beitrag je Zahlweise in €* _____

Zahlweise* _____

Einmalig Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

Vertrag abgetreten* _____

ja nein

Todesfallsumme _____

vorauss. Kapitalleistung _____

vorauss. monatliche Rente _____

geschätz. Rückkaufwert _____

BUZ-/DUZ-Rente monatlich _____

Notizen für Berater*in

VERSICHERUNGEN | PRIVATE ALTERSVORSORGE



7. Lebens- und Rentenversicherung

| | | | |
|--|--|---|--|
| Art der Versicherung* <input type="radio"/> private Lebensversich. <input type="radio"/> private Rentenversich. <input type="radio"/> betriebliche Altersvors. <input type="radio"/> Riesterrente <input type="radio"/> Basisrente | Vorsorgeart* <input type="radio"/> klassisch <input type="radio"/> fondsgebunden | | |
| Versicherungsnehmer*in* <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input checked="" type="radio"/> Andere <input type="radio"/> Firma | | | |
| Name der Gesellschaft* <input type="text"/> | | | |
| Versicherungsnummer* <input type="text"/> | | | |
| Anrede* <input checked="" type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Keine | Vorname* <input type="text"/> | Nachname* <input type="text"/> | Geburtsdatum* <input type="text"/> |
| Firmenname* <input type="text"/> | | Beginn* <input type="text"/> | Ablauf* <input type="text"/> |
| Versicherte Person* <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input type="radio"/> | | Begünstigter im Todesfall <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input type="radio"/> | |
| Beitrag je Zahlweise in €* <input type="text"/> | | Zahlweise* <input type="radio"/> Einmalig <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input type="radio"/> Jährlich | |
| Todesfallsumme <input type="text"/> | | vorauss. Kapitalleistung <input type="text"/> | |
| vorauss. monatliche Rente <input type="text"/> | | geschätz. Rückkaufwert <input type="text"/> | |
| BUZ-/DUZ-Rente monatlich <input type="text"/> | | | |

8. Lebens- und Rentenversicherung

| | | | |
|--|--|---|--|
| Art der Versicherung* <input type="radio"/> private Lebensversich. <input type="radio"/> private Rentenversich. <input type="radio"/> betriebliche Altersvors. <input type="radio"/> Riesterrente <input type="radio"/> Basisrente | Vorsorgeart* <input type="radio"/> klassisch <input type="radio"/> fondsgebunden | | |
| Versicherungsnehmer*in* <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input checked="" type="radio"/> Andere <input type="radio"/> Firma | | | |
| Name der Gesellschaft* <input type="text"/> | | | |
| Versicherungsnummer* <input type="text"/> | | | |
| Anrede* <input checked="" type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Keine | Vorname* <input type="text"/> | Nachname* <input type="text"/> | Geburtsdatum* <input type="text"/> |
| Firmenname* <input type="text"/> | | Beginn* <input type="text"/> | Ablauf* <input type="text"/> |
| Versicherte Person* <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input type="radio"/> | | Begünstigter im Todesfall <input type="radio"/> Mandant*in <input type="radio"/> Partner*in <input type="radio"/> | |
| Beitrag je Zahlweise in €* <input type="text"/> | | Zahlweise* <input type="radio"/> Einmalig <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input type="radio"/> Jährlich | |
| Todesfallsumme <input type="text"/> | | vorauss. Kapitalleistung <input type="text"/> | |
| vorauss. monatliche Rente <input type="text"/> | | geschätz. Rückkaufwert <input type="text"/> | |
| BUZ-/DUZ-Rente monatlich <input type="text"/> | | | |

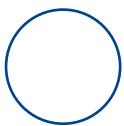
Notizen für Berater*in

IHRE WÜNSCHE & ZIELE SIND DER ANTRIEB FÜR UNSER HANDELN.

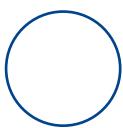


Wählen Sie Ihre **drei** wichtigsten Ziele aus

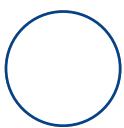
Nummerieren Sie Ihre Wünsche & Ziele der Wichtigkeit nach! (1,2,3)



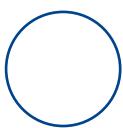
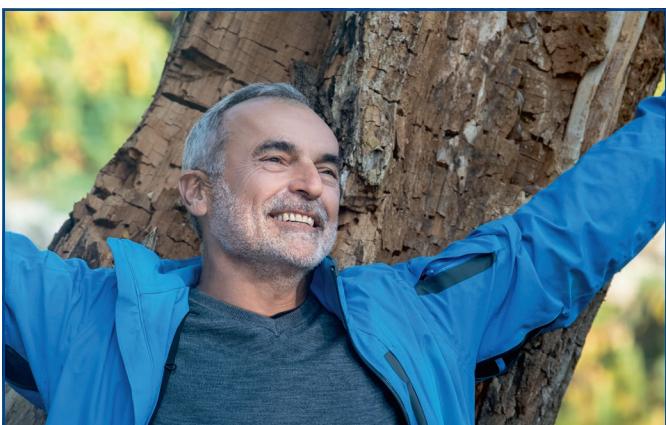
Wohnen in den eigenen vier Wänden



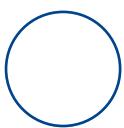
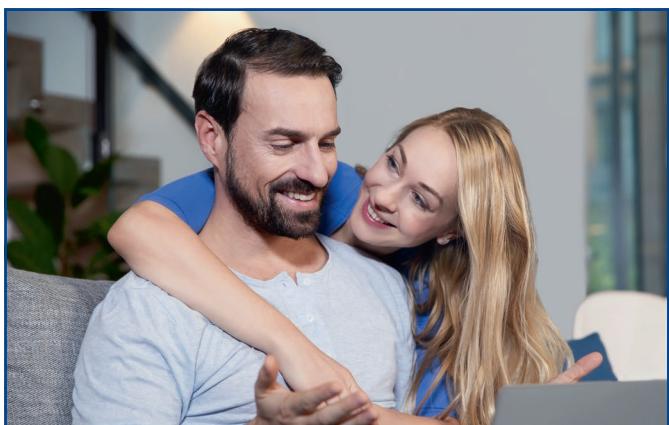
Sparen für Konsumziele



Gesicherter Start der Kinder/
Enkelkinder/Patenkinder in
das eigene Leben



Gesicherte Altersvorsorge



Durch bessere Nutzung
staatlicher Vergünstigungen
Steuern sparen

WOHNEN IN DEN EIGENEN VIER WÄNDEN

An welches Investitionsvolumen haben Sie gedacht? _____

In wie vielen Jahren möchten Sie dieses Ziel erreichen? _____

Wie viel möchten Sie monatlich investieren?

Von € _____ Bis € _____

Beschreiben Sie Ihr Ziel genauer _____

SPAREN FÜR KONSUMZIELE

Wofür möchten Sie sparen? _____

Reisen Hobbys Auto Sonstiges

Bis wann? _____ Benötigter Betrag in € _____

Wie viel möchten Sie monatlich investieren?

Von € _____ Bis € _____

Beschreiben Sie Ihr Ziel genauer _____

GESICHERTER START DER KINDER IN DAS EIGENE LEBEN

Was stellen Sie sich unter einem gesicherten Start Ihrer Kinder in das eigene Leben vor?

Ausbildungsunterstützung Studienfinanzierung
 Führerschein und PKW Wohnungsausstattung
 Sonstiges

Von € _____ Bis € _____

Beschreiben Sie Ihr Ziel genauer _____

GESICHERTE ALTERSVORSORGE

Wie viel Gesamtrente benötigen Sie nach heutiger Kaufkraft?

Mandant: Von € _____ Bis € _____

Partner: Von € _____ Bis € _____

Wie stellen Sie sich Ihre gesicherte Altersvorsorge genau vor? _____

Mandant:
Wie viel möchten Sie monatlich investieren?

Partner:
Wie viel möchten Sie monatlich investieren?

VERGÜNSTIGUNGEN & STEUERN SPAREN

Wie viel möchten Sie monatlich investieren?

Von € _____ Bis € _____

Welche staatlichen Förderungen oder Steuersparmöglichkeiten kennen Sie?

WEITERE ANGABEN

Mandant*in

Verdienst und Karriere

Sind Sie zu 100% mit Ihrer derzeitigen beruflichen Situation zufrieden?

Beruflich zufrieden?*

- ja nein

Sind Sie zu 100% mit Ihrem derzeitigen Einkommen zufrieden?

Einkommen zufrieden?*

- ja nein

Halten Sie Ihren Arbeitsplatz für zukunftsorientiert und sicher?

Arbeitsplatz sicher?*

- ja nein

Welches monatliche Einkommen streben Sie an?

angestrebtes Einkommen

Können Sie dieses Einkommen in Ihrem derzeitigen Beruf erzielen?

Einkommen möglich?

- ja nein

Sind Sie bereit sich zur Verbesserung Ihres Einkommens weiterzubilden und beruflich zu verändern?

zu Weiterbildung bereit?

- ja nein

Sind Sie an einem beruflichen Angebot interessiert, bei dem Sie das von Ihnen angestrebte Einkommen erzielen können?

Angebot gewünscht?*

- ja nein

Partner*in

Sind Sie zu 100% mit Ihrer derzeitigen beruflichen Situation zufrieden?

Beruflich zufrieden?*

- ja nein

Sind Sie zu 100% mit Ihrem derzeitigen Einkommen zufrieden?

Einkommen zufrieden?*

- ja nein

Halten Sie Ihren Arbeitsplatz für zukunftsorientiert und sicher?

Arbeitsplatz sicher?*

- ja nein

Welches monatliche Einkommen streben Sie an?

angestrebtes Einkommen

Können Sie dieses Einkommen in Ihrem derzeitigen Beruf erzielen?

Einkommen möglich?

- ja nein

Sind Sie bereit sich zur Verbesserung Ihres Einkommens weiterzubilden und beruflich zu verändern?

zu Weiterbildung bereit?

- ja nein

Sind Sie an einem beruflichen Angebot interessiert, bei dem Sie das von Ihnen angestrebte Einkommen erzielen können?

Angebot gewünscht?*

- ja nein

Persönliche Erwartungshaltung

Was hat Ihnen an unserem heutigen Termin am besten gefallen? *

Wann haben Sie sich zum letzten Mal generell mit Finanzfragen beschäftigt? *

Warum haben Sie sich zum letzten Mal generell mit Finanzfragen beschäftigt?

Wären Sie grundsätzlich bereit, Ihre Anlagestrategie zu ändern, wenn es Vorteile für Sie bringt?

Anlagestrategie ändern

- ja nein

Wer betreute Sie bisher in Finanzgelegenheiten? (Bank, Versicherung, Finanzdienstleistende). Wann wurden Sie das letzte Mal beraten / betreut?

Vorname

Nachname

Gesellschaft

Datum der letzten Beratung

Vorwahl

Rufnummer

Was erwarten Sie von unserem nächsten Gespräch? *

Was glauben Sie, was wir von Ihnen beim nächsten Gespräch erwarten? *

Terminvereinbarung

zur Beratung in der TELIS Kanzlei:

Datum* _____

Uhrzeit* _____

Inhalt* _____

Ort* _____

EMPFEHLUNGEN

Bitte geben Sie hier nur Daten von Personen an, die damit einverstanden sind und die kontaktiert werden möchten.

Empfehlung von (Durch wen haben Sie TELIS FINANZ kennengelernt?)

| | | |
|---------------|----------------|--|
| Vorname _____ | Nachname _____ | Würden Sie die TELIS FINANZ bei Zufriedenheit weiterempfehlen? |
| | | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |

1. Empfehlung

| | | |
|-------------------------|---------------------------|--|
| Nachname _____ | Vorname _____ | Geschlecht _____ <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers |
| Telefon (Vorwahl) _____ | Telefon (Rufnummer) _____ | PLZ _____ |
| | | Ort _____ |

2. Empfehlung

| | | |
|-------------------------|---------------------------|--|
| Nachname _____ | Vorname _____ | Geschlecht _____ <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers |
| Telefon (Vorwahl) _____ | Telefon (Rufnummer) _____ | PLZ _____ |
| | | Ort _____ |

3. Empfehlung

| | | |
|-------------------------|---------------------------|--|
| Nachname _____ | Vorname _____ | Geschlecht _____ <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers |
| Telefon (Vorwahl) _____ | Telefon (Rufnummer) _____ | PLZ _____ |
| | | Ort _____ |

4. Empfehlung

| | | |
|-------------------------|---------------------------|--|
| Nachname _____ | Vorname _____ | Geschlecht _____ <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers |
| Telefon (Vorwahl) _____ | Telefon (Rufnummer) _____ | PLZ _____ |
| | | Ort _____ |

5. Empfehlung

| | | |
|-------------------------|---------------------------|--|
| Nachname _____ | Vorname _____ | Geschlecht _____ <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers |
| Telefon (Vorwahl) _____ | Telefon (Rufnummer) _____ | PLZ _____ |
| | | Ort _____ |

ABSCHLUSS

Informationen zur Datenaufnahme

Aufgenommen durch _____

Anwesende*r Mitarbeiter*in

Typ des*r anwesenden Mitarbeiter*in* _____

- keine Neue*r Mitarbeiter*in Bestandsmitarbeiter*in

Gutschein vorhanden*

- ja nein

Gutschein (Foto) muss in DA Online hochgeladen werden



Neue Mitarbeiter bitte in der digitalen FA erfassen

Position*

- Assistent*in Mitarbeiter*in

Mitarbeiternummer*

Vorname*

Nachname*

Notizen an das FA-Team

Informieren Sie das FA Team z. B. darüber, ob die Mandanten bereits einmal erfasst wurden und zusammengelegt werden können.
Bitte teilen Sie uns dazu die Personennummern und/oder Adresse mit.

Notizen für Berater*in



TELIS FINANZ AG

Ziegetsdorfer Straße 116
93051 Regensburg

Telefon: 0941 6022-0
www.telis-finanz.de