



Unterlagen für die Finanzanalyse

Mandant/in/en: _____

Termin zur Abgabe am: _____ Uhrzeit: _____

Versicherungen:

- Gesetzliche Krankenversicherung (Name, Vertragsnummer und Beginn) *
- Private Krankenvollkosten-, private Krankenzusatz-, private Pflegeversicherung
- Berufsunfähigkeit-, Erwerbsunfähigkeitsversicherung,
- Unfall-, schwere Krankheiten-, Existenzschutzversicherung
- Risikolebens-, Lebens- und Rentenversicherungen
- Betriebliche Altersvorsorge, Riester-, Basis- oder Rürup-Rentenversicherung
- Privathaftpflichtversicherung
- Rechtsschutzversicherung
- Hausrat-, Glasversicherung
- Wohngebäudeversicherung
- KFZ- Versicherung, Fahrzeugschein, aktueller Kilometerstand *
- Sonstige Versicherungen (hier nicht namentlich aufgeführt- bspw. ADAC Schutzbrief)

Geldanlagen und Verbindlichkeiten:

- Bausparvertrag, Banksparvertrag, Prämienparvertrag, Sparkonto, Tagesgeld- und Festgeldkonto
- Aktien, Fondsanlagen, Fondssparverträge, Geschlossene Fondsanlagen
- Beteiligungen, Vermögenswirksame Leistungen
- Girokonto, Privat- und Konsumfinanzierungen, Nullprozentfinanzierungen, Leasing
- Immobiliendarlehen, Immobilienvermögen

Sonstiges:

- Personalausweis , Führerschein
- Einkommensnachweise, Gehaltsabrechnung Dezember des Vorjahres und aktuell
- Steuernummer *, Steueridentifikationsnummer *, Sozialversicherungsnummer *
- Kindergeldnummer (siehe Kontoauszug) *
- letzten Steuerbescheid
- Sonstige Einkommen, Mieteinnahmen
- letzte Strom- und Gasabrechnung

Bitte reichen Sie zu allen oben genannten Unterlagen immer die Kopie der Versicherung-Police, den letzten Versicherungsschein, letzter Nachtrag mit der aktuellen Prämie und gegebenenfalls geänderten Leistungen ein.

Die mit * gekennzeichneten Angaben schicken Sie uns bitte per Mail zu.



Unterlagen für die Finanzanalyse

Fragen zum Gesundheitszustand:

- Mandant/ in:** _____ **Datum:** _____ **Unterschrift:** _____
- Berufsbezeichnung/ berufliche Tätigkeit:
- Größe: _____ Gewicht: _____ Raucher: _____
- Brille: _____ Dioptrien re: _____ li: _____
- Aktuelle ärztliche Behandlung, wegen:
- bekannte Krankheiten, welche:
- Medikamenteneinnahme, welche:
- Welche Krankheiten wurden in den letzten 5 Jahren ambulant, 10 Jahren stationär behandelt:
-
- Welche Behandlungen wurden in den letzten 10 Jahren durchgeführt:
- Massagen Krankengymnastik Psychotherapie
- Lag in den letzten 5 Jahren eine Arbeitsunfähigkeit oder Krankschreibung vor:
- Bestehen Zahnlücken/ Zahnersatz, Parodontose Erkrankung, laufende Zahnbehandlung:
-
- Partner/ in:** _____ **Datum:** _____ **Unterschrift:** _____
- Berufsbezeichnung/ berufliche Tätigkeit:
- Größe: _____ Gewicht: _____ Raucher: _____
- Brille: _____ Dioptrien re: _____ li: _____
- Aktuelle ärztliche Behandlung, wegen:
- bekannte Krankheiten, welche:
- Medikamenteneinnahme, welche:
- Welche Krankheiten wurden in den letzten 5 Jahren ambulant, 10 Jahren stationär behandelt:
-
- Welche Behandlungen wurden in den letzten 10 Jahren durchgeführt:
- Massagen Krankengymnastik Psychotherapie
- Lag in den letzten 5 Jahren eine Arbeitsunfähigkeit oder Krankschreibung vor:
- Bestehen Zahnlücken/ Zahnersatz, Parodontose Erkrankung, laufende Zahnbehandlung:
-

**Bitte reichen Sie zu allen oben genannten Erkrankungen und Behandlungen
Unterlagen des behandelnden Arztes und/oder den Krankenhausesentlassungsbericht
ein.**