

Der Vorsorge- und Finanzkompass

Ihr persönlicher Weg zu Ihren Zielen und Wünschen

Die Aufrechterhaltung Ihres Lebensstandards im Alter

Die zahlreichen Gesetze und jährlichen Anpassungen der Rechtsprechung in Bezug auf die persönliche Altersversorgung machen es dem Einzelnen kaum möglich, einen Überblick über die verschiedenen Arten der Altersversorgung und -förderung zu erhalten. Die Beantwortung der folgenden Fragen ermöglicht Ihnen in der späteren Auswertung eine genaue Übersicht Ihrer persönlichen Situation.

Ihre Anforderungen und Bedürfnisse an Ihr Altersvorsorgekonzept?

Lebenslange Rente	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		Einmalige Kapitalleistungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------	-----------------------------	--	------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Wie stufen Sie sich als Anlegertyp ein?	<input type="checkbox"/>								
	sicherheitsorientiert			wachstumsorientiert			chancenorientiert		

Priorisierung Ihrer Anforderungen und Bedürfnisse an Ihr Altersvorsorgekonzept

	Wichtig	Weniger wichtig
Wie wichtig ist es Ihnen, für Ihre Altersvorsorge von einer staatlichen Förderung zu profitieren? Zum Beispiel von Zulagen und Steuervorteilen in der Ansparphase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie wichtig ist es Ihnen, Ihre Vorsorge vererben zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihre Altersvorsorge vor dem Zugriff Dritter geschützt ist? Zum Beispiel bei Hartz IV oder bei Insolvenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie wichtig ist es Ihnen, vorzeitig vor Rentenbeginn auf Ihr vorhandenes Vertragsguthaben zugreifen zu können? Zum Beispiel als Teilauszahlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie wichtig ist Ihnen Wohneigentum im Alter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie wichtig ist es Ihnen, Ihren Alterswohnsitz in ein Land zu verlagern, das nicht in der EU oder im Europäischen Wirtschaftsraum liegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In welchem Alter möchten Sie in Rente gehen? mit _____ Jahren		In welchem Alter möchten Sie in Rente gehen? mit _____ Jahren
Wie viel Geld benötigen Sie dann monatlich? €		Wie viel Geld benötigen Sie dann monatlich? €
Wann war Ihr Eintritt ins Berufsleben?		Wann war Ihr Eintritt ins Berufsleben?
Gibt es Lücken in Ihrem Versicherungsverlauf?		Gibt es Lücken in Ihrem Versicherungsverlauf?
Monate		Monate

Höhe Ihrer Ansprüche aus der gesetzlichen Rentenversicherung

Liegt Ihnen eine aktuelle Renteninformation der Deutschen Rentenversicherung vor?	<input type="checkbox"/>  Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Wenn ja: Sollten bis zur Regelaltersgrenze Beiträge wie im Durchschnitt der letzten fünf Kalenderjahre gezahlt werden, bekämen Sie ohne Berücksichtigung von Rentenanpassungen eine monatliche Altersrente von	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	

Altersrenten aus berufsständischen Versorgungswerken

Haben Sie Versorgungsansprüche aus berufsständischen Versorgungswerken?	<input type="checkbox"/>  Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Wenn ja: Monatlicher Altersrentenanspruch	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €

Besteht für Sie ein staatlich geförderter Riester-Vertrag?

<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 										
<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	Art	Gesellschaft	Altersrente	EMZ	Beginn	Ablauf	Eigenbeitrag	Zulagen	ZW	VWZ

Besteht für Sie ein geförderter Rürup-Vertrag (Basisrente)?

<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 										
<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	Art	Gesellschaft	Altersrente	BU-Rente	Hinterbl.-Rente	Beginn	Ablauf	Beitrag	ZW	VWZ

Hat Ihr Arbeitgeber Sie über betriebliche Altersversorgung informiert?

<input type="checkbox"/>  Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Wann zuletzt?	Wann zuletzt?
Bemerkung	Bemerkung

Besteht für Sie eine betriebliche Altersversorgung?

<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 												
<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	Art	Gesellschaft	VS/Kap.-Abf.	Altersrente	BU-Rente	Hinterbl.-Rente	Beginn	Ablauf	Beitrag AG	Beitrag AN	ZW	VWZ

AG = Arbeitgeber, AN = Arbeitnehmer, BU = Berufsunfähigkeitsversicherung, BUZ = Berufsunfähigkeitszusatzversicherung, Dyn. = Dynamik, EMZ = Erwerbsminderungszusatzversicherung, Hinterbl.-Kapital = Hinterbliebenen-Kapital, Hinterbl.-Rente = Hinterbliebenen-Rente, Kap.-Abf. = Kapitalabfindung

Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst

Versorgungspunkte lt. aktueller Versorgungsmitteilung



Bestehen Kapital- / Risikolebens- oder Rentenversicherungen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art	Gesellschaft	VS/Kap.-Abf.	Altersrente	Hinterbl.-Rente	Hinterbl.-Kapital	UZV	Dyn.
Beginn	Ablauf	Beitrag		ZW	VWZ				
Wenn BU-Leistungen enthalten sind:									
Beitragsbefreiung		Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		BU-Rente			Leistungsdauer bis		

Bestehen Kapital- / Risikolebens- oder Rentenversicherungen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art	Gesellschaft	VS/Kap.-Abf.	Altersrente	Hinterbl.-Rente	Hinterbl.-Kapital	UZV	Dyn.
Beginn	Ablauf	Beitrag		ZW	VWZ				
Wenn BU-Leistungen enthalten sind:									
Beitragsbefreiung		Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		BU-Rente			Leistungsdauer bis		

Bestehen Kapital- / Risikolebens- oder Rentenversicherungen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art	Gesellschaft	VS/Kap.-Abf.	Altersrente	Hinterbl.-Rente	Hinterbl.-Kapital	UZV	Dyn.
Beginn	Ablauf	Beitrag		ZW	VWZ				
Wenn BU-Leistungen enthalten sind:									
Beitragsbefreiung		Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		BU-Rente			Leistungsdauer bis		

Haben Sie weitere monatliche Einkünfte im Alter?

Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Einkünfte aus Kapitalvermögen <input type="text"/> €	Einkünfte aus Kapitalvermögen <input type="text"/> €
Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung <input type="text"/> €	Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung <input type="text"/> €
Weitere steuerfreie Einkünfte <input type="text"/> €	Weitere steuerfreie Einkünfte <input type="text"/> €
Weitere steuerpflichtige Einkünfte <input type="text"/> €	Weitere steuerpflichtige Einkünfte <input type="text"/> €

BU = Berufsunfähigkeitsversicherung, Dyn. = Dynamik, EMZ = Erwerbsminderungszusatzversicherung, Hinterbl.-Kapital = Hinterbliebenen Kapital, Hinterbl.-Rente = Hinterbliebenen Rente, Kap.-Abf. = Kapitalabfindung, UZV = Unfalltodzusatzversicherung, VS = Versicherungssumme

Ihre vorhandenen Kapitalinvestitionen

Bankanlagen								
 <input type="checkbox"/>								
 <input type="checkbox"/>								
Institut	Art	Aktueller Wert	Sparrate / Beitrag	Zinssatz	Ablaufsumme	ZW	VWZ	

Fonds, Wertpapiere								
 <input type="checkbox"/>								
 <input type="checkbox"/>								
Bezeichnung / ISIN	Art	Aktueller Wert	Sparrate / Beitrag	Nominalzins	ZW	VWZ		

Bausparvertrag								
 <input type="checkbox"/>								
 <input type="checkbox"/>								
Bezeichnung / ISIN	BSS	Aktueller Wert	Guthabenzins	Darlehenszins	Sparrate / Beitrag	ZW	VWZ	

Immobilien				
Eigengenuzter Immobilienbesitz	 Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	 Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fremdgenutzter Immobilienbesitz	 Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	 Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Freistellungsaufträge					
Person	Institut	Höhe in Euro	Person	Institut	Höhe in Euro

Sparziele Ihrer Kinder					
Vorname	Sparziel	Zum Lebensjahr	Vorname	Sparziel	Zum Lebensjahr

Bestehende Investitionen Ihrer Kinder										
Vorname	Gesellschaft / Institut	Art	Zinssatz	Aktueller Wert	Ablauf - leistung	Beitrag / Sparrate	Beginn	Ablauf	ZW	VWZ

BSS = Bausparsumme



Der Risikonavigator

Ihre Absicherung bei Krankheit, Berufsunfähigkeit, Invalidität, Pflegebedürftigkeit und Ableben

Nicht nur Unfälle beim Sport, im Haushalt oder im Straßenverkehr gefährden die eigene Arbeitskraft. Immer öfter führen auch psychische Erkrankungen oder andere gesundheitliche Probleme zur Einschränkung der eigenen Leistungsfähigkeit. Nur wer in diesem Fall ausreichend finanziell abgesichert ist, kann sich vollständig auf seine Genesung konzentrieren.

Wie viel Geld benötigen Sie heute im Falle des Verlusts Ihrer Arbeitskraft durch Krankheit oder Unfall, um Ihren gewohnten Lebensstandard aufrechtzuerhalten?

€
 €

Höhe Ihrer Ansprüche aus der gesetzlichen Rentenversicherung und Versorgungswerken

Liegt Ihnen eine aktuelle Renteninformation der Deutschen Rentenversicherung vor?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Wenn ja: Rente wegen voller Erwerbsminderung (lt. Renteninformation)	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	
Bestehen Rentenansprüche aus Versorgungswerken im Falle einer vollen Erwerbsminderung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Wenn ja: Rente wegen voller Erwerbsminderung aus Versorgungswerken	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	

Besteht durch Ihren Arbeitgeber eine Lohnfortzahlung über den 42. Tag hinaus?

Nein Ja
 bis zum ____ Tag
 Nein Ja
 bis zum ____ Tag

Besteht für Sie eine Absicherung gegen längere Krankheit?

 Nein Ja bis zum

 Nein Ja bis zum

Tag Euro / Tag Gesellschaft mtl. Beitrag

Besteht für Sie eine Absicherung gegen Berufs- / Dienst- / Erwerbsunfähigkeit?

 

 

 

Gesellschaft BU-Rente Todesfallleistung (Kapital) Dynamik Beginn Ablauf Beitrag ZW

Besteht für Sie eine Absicherung gegen Folgen eines Unfalls?

 

 

 

Gesellschaft Invaliditätskapital Grund Invaliditätskapital Voll Rente Todesfallleistung (Kapital) Unfall / Krankenhaus-tagegeld Beginn Ablauf Beitrag ZW

Besteht für Ihre Kinder eine Absicherung gegen Folgen eines Unfalls?

Vorname Gesellschaft Invaliditätskapital Grund Invaliditätskapital Voll Rente Todesfallleistung (Kapital) Unfall / Krankenhaus-tagegeld Beginn Ablauf Beitrag ZW

Besteht eine zusätzliche Absicherung für den Fall einer Pflegebedürftigkeit?

 

 

 

Versicherte Person Gesellschaft Pflegerente Pflegetagegeld Beginn Ablauf Beitrag ZW

Notizen

Ihre persönlichen Koordinaten

The background features a series of overlapping, translucent, wavy shapes in various shades of light blue and white, creating a sense of movement and depth. The shapes flow from the bottom right towards the top left, with some areas appearing more saturated than others, giving it a layered, ethereal appearance.

Ihre persönlichen Koordinaten

	Vorname	Nachname		Vorname	Nachname
Straße Hausnummer			Straße Hausnummer		
PLZ		Ort	PLZ		Ort
Telefon privat		Telefon mobil privat	Telefon privat		Telefon mobil privat
Telefon beruflich		Telefon mobil beruflich	Telefon beruflich		Telefon mobil beruflich
E-Mail			E-Mail		
Geburtsdatum	Geburtsort	Nationalität	Geburtsdatum	Geburtsort	Nationalität
Familienstand			Familienstand		
Jahr der Eheschließung			Jahr der Eheschließung		
Kontoverbindung			Kontoverbindung		
IBAN		_____	IBAN		_____
BIC		_____	BIC		_____
Kreditinstitut		_____	Kreditinstitut		_____
Personalausweisdaten			Personalausweisdaten		
Ausstellungsdatum, -Ort		_____	Ausstellungsdatum, -Ort		_____
Ausweisnummer		_____	Ausweisnummer		_____
Ablauf		_____	Ablauf		_____

Kinder					
Vorname	Nachname	Geburtsdatum	Geschlecht	Kindergeldberechtigt	Rechtliche Zugehörigkeit

Steuerliche Veranlagung	Aktuelle berufliche Situation	
Grundtabelle <input type="checkbox"/> Splittingtabelle <input type="checkbox"/>	 Beruf / Tätigkeit	 Beruf / Tätigkeit

 Berufsgruppe		 Berufsgruppe	
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(-in)	<input type="checkbox"/> Arbeitslose(r)	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(-in)	<input type="checkbox"/> Arbeitslose(r)
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(-in) im ÖD	<input type="checkbox"/> Hausfrau / -mann	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(-in) im ÖD	<input type="checkbox"/> Hausfrau / -mann
<input type="checkbox"/> Beamter / -in	<input type="checkbox"/> Schüler(-in) / Student(-in)	<input type="checkbox"/> Beamter / -in	<input type="checkbox"/> Schüler(-in) / Student(-in)
<input type="checkbox"/> Selbstständige(r)	<input type="checkbox"/> Rentner(-in)	<input type="checkbox"/> Selbstständige(r)	<input type="checkbox"/> Rentner(-in)

Auf Probe?	Auf Probe?
 Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> bis	 Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> bis

Gesetzliche Versicherungen und vergleichbare Einrichtungen		
Sind Sie in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert?	 Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	 Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Zahlen Sie einen individuellen Beitrag?	 Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	 Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Wenn ja: Höhe des individuellen Beitrags	 <input type="text"/> €	 <input type="text"/> €
Sind Sie in der gesetzlichen Rentenversicherung freiwillig versichert?	 Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	 Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Wenn ja, Höhe des freiwilligen Beitrags	 <input type="text"/> €	 <input type="text"/> €
Beiträge an Versorgungswerke	 <input type="text"/> €	 <input type="text"/> €
Sind Sie arbeitslosenversichert?	 Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	 Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Lage der Arbeitsstätte (Bundesland)	 alte BL <input type="checkbox"/> neue BL <input type="checkbox"/>	 alte BL <input type="checkbox"/> neue BL <input type="checkbox"/>

 Krankenversicherung		 Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/> Pflicht	<input type="checkbox"/> Mitversichert	<input type="checkbox"/> Pflicht	<input type="checkbox"/> Mitversichert
<input type="checkbox"/> Freiwillig	<input type="checkbox"/> Freie Heilfürsorge	<input type="checkbox"/> Freiwillig	<input type="checkbox"/> Freie Heilfürsorge
<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Beihilfe
Kasse / Gesellschaft		Kasse / Gesellschaft	
Zusatzbeitrag zur GKV	Mitl. Beitrag zur PKV	Zusatzbeitrag zur GKV	Mitl. Beitrag zur PKV
Absetzbarer Beitrag PKV		Absetzbarer Beitrag PKV	

Krankenversicherung Ihrer Kinder						
	<input type="checkbox"/> Mitversichert	<input type="checkbox"/> Pflicht	<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
	<input type="checkbox"/> Mitversichert	<input type="checkbox"/> Pflicht	<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
	<input type="checkbox"/> Mitversichert	<input type="checkbox"/> Pflicht	<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Vorname					Beitrag	Beitrag PKV absetzbar

 Finanzielle Situation				 Finanzielle Situation													
Mit. Gesamtbrutto	<input type="text"/>	€	Mit. Steuerbrutto	<input type="text"/>	€	Mit. Gesamtbrutto	<input type="text"/>	€	Mit. Steuerbrutto	<input type="text"/>	€						
Mit. RV-Brutto	<input type="text"/>	€	Mit. KV-Brutto	<input type="text"/>	€	Mit. RV-Brutto	<input type="text"/>	€	Mit. KV-Brutto	<input type="text"/>	€						
Weihnachtsgeld	<input type="text"/>	€	Urlaubsgeld	<input type="text"/>	€	Weihnachtsgeld	<input type="text"/>	€	Urlaubsgeld	<input type="text"/>	€						
Gewinnbeteiligung (Tantieme)	<input type="text"/>	€	Jährliches Gesamtbrutto	<input type="text"/>	€	Gewinnbeteiligung (Tantieme)	<input type="text"/>	€	Jährliches Gesamtbrutto	<input type="text"/>	€						
Mit. Nettoentgelt / Privatentnahme	<input type="text"/>	€	Lohnsteuerklasse	<input type="text"/>	Ehegattenfaktor	<input type="text"/>	Kinderfreibetrag	<input type="text"/>	Mit. Nettoentgelt / Privatentnahme	<input type="text"/>	€	Lohnsteuerklasse	<input type="text"/>	Ehegattenfaktor	<input type="text"/>	Kinderfreibetrag	<input type="text"/>
Kindergeld (monatlich)	<input type="text"/>	€	Erhöhte Werbungskosten	<input type="text"/>	€	Kindergeld (monatlich)	<input type="text"/>	€	Erhöhte Werbungskosten	<input type="text"/>	€						
Einkünfte aus Selbstständigkeit (Jahr)	<input type="text"/>	€			Einkünfte aus Selbstständigkeit (Jahr)	<input type="text"/>	€										
Zahlen Sie Kirchensteuer?				Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		Zahlen Sie Kirchensteuer?				Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>							
Zu versteuerndes Einkommen				<input type="text"/>		€	Zu versteuerndes Einkommen				<input type="text"/>		€				

Erzielen Sie weitere Einkünfte?				Erzielen Sie weitere Einkünfte?			
 Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>				 Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Einkünfte im Jahr				Einkünfte im Jahr			
Einkünfte aus Kapitalvermögen	<input type="text"/>	€			Einkünfte aus Kapitalvermögen	<input type="text"/>	€
Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung	<input type="text"/>	€			Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung	<input type="text"/>	€
Weitere steuerfreie Einkünfte	<input type="text"/>	€			Weitere steuerfreie Einkünfte	<input type="text"/>	€
Weitere steuerpflichtige Einkünfte	<input type="text"/>	€			Weitere steuerpflichtige Einkünfte	<input type="text"/>	€
Einkünfte im Monat				Einkünfte im Monat			
Minijob	<input type="text"/>	€			Minijob	<input type="text"/>	€
Unterhalt	<input type="text"/>	€			Unterhalt	<input type="text"/>	€

 Erhalten Sie Renten?				 Erhalten Sie Renten?					
Gesetzliche Rente	<input type="text"/>	€	seit	<input type="text"/>	Gesetzliche Rente	<input type="text"/>	€	seit	<input type="text"/>
Betriebliche Rente	<input type="text"/>	€	seit	<input type="text"/>	Betriebliche Rente	<input type="text"/>	€	seit	<input type="text"/>
Private Rente	<input type="text"/>	€	seit	<input type="text"/>	Private Rente	<input type="text"/>	€	seit	<input type="text"/>

Berufsspezifische Koordinaten

Für Beamte / -innen	Für Beamte / -innen
<input type="checkbox"/> Bundesbesoldung	<input type="checkbox"/> Bundesbesoldung
<input type="checkbox"/> Landesbesoldung Nach Bundesland <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Landesbesoldung Nach Bundesland <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Anwärter	<input type="checkbox"/> Anwärter
Besoldungsordnung <input type="text"/> Besoldungsgruppe <input type="text"/> Stufe <input type="text"/>	Besoldungsordnung <input type="text"/> Besoldungsgruppe <input type="text"/> Stufe <input type="text"/>
Ruhegehaltfähige Zulage <input type="text"/> € Nicht ruhegehaltfähige Zulage <input type="text"/> €	Ruhegehaltfähige Zulage <input type="text"/> € Nicht ruhegehaltfähige Zulage <input type="text"/> €
Sonstige ruhegehaltfähige Dienstjahr <input type="text"/> Beschäftigungsgrad aktuelles Jahr <input type="text"/> %	Sonstige ruhegehaltfähige Dienstjahr <input type="text"/> Beschäftigungsgrad aktuelles Jahr <input type="text"/> %
Teilzeitbeschäftigung (vor aktuellem Jahr)?	Teilzeitbeschäftigung (vor aktuellem Jahr)?
Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
wenn ja:	wenn ja:
Dienstjahre vor 1992 <input type="text"/> davon Teilzeit <input type="text"/> zu Prozent <input type="text"/>	Dienstjahre vor 1992 <input type="text"/> davon Teilzeit <input type="text"/> zu Prozent <input type="text"/>
Dienstjahre vor 1992 <input type="text"/> davon Teilzeit <input type="text"/> zu Prozent <input type="text"/>	Dienstjahre vor 1992 <input type="text"/> davon Teilzeit <input type="text"/> zu Prozent <input type="text"/>
Besondere Altersgrenze <input type="text"/>	Besondere Altersgrenze <input type="text"/>
Für Arbeitnehmer(-innen) im öffentlichen Dienst	Für Arbeitnehmer(-innen) im öffentlichen Dienst
Versorgungspunkte lt. akt. Information <input type="text"/>	Versorgungspunkte lt. akt. Information <input type="text"/>
Für Hausfrauen / -männer	Für Hausfrauen / -männer
Elterngeld <input type="text"/> €	Elterngeld <input type="text"/> €
In Erziehungszeit <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	In Erziehungszeit <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Arbeitgeber / Firma	Arbeitgeber / Firma
Name <input type="text"/>	Name <input type="text"/>
Anschrift <input type="text"/>	Anschrift <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ergänzende Informationen <input type="text"/>	Ergänzende Informationen <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ihre regelmäßigen monatlichen Aufwendungen

Wohnkosten				
Wie viel geben Sie monatlich für Ihre Miete inkl. Nebenkosten aus?				<input type="text"/> €
Lebenshaltungskosten				
Wie viel geben Sie durchschnittlich im Monat für Ihre Lebenshaltungskosten aus?				<input type="text"/> €
Strom				
Wie viel bezahlen Sie monatlich für Strom?	KW Leistung	Grundpreis	Preis pro KW	Abschlagszahlung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gas				
Wie viel bezahlen Sie monatlich für Gas?	KW Leistung	Grundpreis	Preis pro KW	Abschlagszahlung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Girokonten				
Wie hoch sind Ihre Kontoführungsgebühren?				<input type="text"/> €
Telekommunikationskosten				
Wie hoch sind Ihre monatlichen Ausgaben für Telefon, Internet, TV, etc.?				<input type="text"/> €

Bestehende Kredit- / Leasingverträge und Immobilienfinanzierungen										
 <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>								
		<input type="text"/>								
		<input type="text"/>								
		<input type="text"/>								
		Kreditsumme	Rate	Beginn	Ablauf	Zinssatz	Restschuld	Zahlungsweise	VWZ	

 Weitere Verbindlichkeiten		 Weitere Verbindlichkeiten	
<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>	<input type="text"/> €
<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>	<input type="text"/> €
<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>	<input type="text"/> €
Bezeichnung	Monatlicher Betrag	Bezeichnung	Monatlicher Betrag

Notizen

Der Sicherheitsnavigator

Absicherung Ihrer
Sach- und Vermögenswerte, KFZ



Haftpflichtversicherungen

Besteht für Sie eine Haftpflichtversicherung?													
Welche Haftpflichtversicherungen haben Sie bereits abgeschlossen?													
Privathaftpflicht	<input type="checkbox"/>	Dienst- / Amtshaftpflicht	<input type="checkbox"/>	Gewässerschäden	<input type="checkbox"/>	Sportboot	<input type="checkbox"/>						
Tierhalter	<input type="checkbox"/>	Haus- Grundbesitzer	<input type="checkbox"/>	Jagd	<input type="checkbox"/>	Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>					
 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>												
 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>												
 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>												
Gesellschaft VSNR		VS Personen		VS Sach		VS Vermögen		Selbstbeteiligung		Beginn	Ablauf	Beitrag	ZW

Fragen zum Risiko			
Besitzen Sie Hunde, Pferde, sonstige Reit- und Zugtiere, Wildtiere, Exoten, gewerblich oder landwirtschaftlich genutzte Tiere?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Besitzen Sie einen Öltank? (Fassungsvermögen in Litern)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Vermieten Sie Wohnimmobilien? Wie viele?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Beabsichtigen Sie, Umbau- / Baumaßnahmen durchzuführen?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Bausumme <input type="text"/>
Besitzen Sie eigene Wasserfahrzeuge?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Besitzen Sie Modellflugzeuge, Ballone oder Drachen?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Haben Sie einen Jagdschein?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Üben Sie nebenberufliche (auch selbstständige oder ehrenamtliche) Tätigkeiten aus?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Anforderungen an Ihren Versicherungsschutz			
	Wichtig	Weniger wichtig	Vorhanden
Eine Versicherungssumme von mind. 3 Millionen Euro (pauschal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutz bei Schäden an geliehenen Sachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutz bei Schäden aus Gefälligkeitshandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutz bei Schäden durch Kinder unter 7 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutz bei Schäden durch Verlust fremder und beruflicher Schlüssel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutz bei Sachschäden Dritter am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutz bei Mietsachschäden an Mobiliar in Hotels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutz bei Forderungsausfalldeckung und Beitragsverzicht bei Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hausrat- und Wohngebäudeversicherung

Besteht für Sie eine Hausratversicherung?

Wohnfläche Wert Ihres Hausrates davon Anteil Wertsachen

Besitzen Sie E-Bikes oder Fahrräder? Nein Ja Wenn ja, Wert €

Besitzen Sie besonders Wertvolle Gegenstände wie Schmuck, Gemälde, Musikinstrumente, Fotoausrüstung, etc? Nein Ja

Wenn ja: Wert Beschreibung

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hausratversicherung <input type="checkbox"/> Glasversicherung <input type="checkbox"/> Gegenstandsversicherung	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hausratversicherung <input type="checkbox"/> Glasversicherung <input type="checkbox"/> Gegenstandsversicherung	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hausratversicherung <input type="checkbox"/> Glasversicherung <input type="checkbox"/> Gegenstandsversicherung	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hausratversicherung <input type="checkbox"/> Glasversicherung <input type="checkbox"/> Gegenstandsversicherung	
Art	Gesellschaft VSNR	Versicherungssumme VHB Selbstbeteiligung Beginn Ablauf Beitrag ZW

Besteht für Sie eine Wohngebäudeversicherung?

Gebäudeart

Ein-Familienhaus Zwei-Familienhaus Mehr-Familienhaus

Gewerbliche Nutzung? Nein Ja Wenn ja, Anteil Gesamtwohnfläche qm

Keller vorhanden? Nein Ja Dachgeschoss ausgebaut? Nein Ja Baujahr

Denkmalschutz Nein Ja Massive Nebengebäude qm

Anzahl an

Garagen Carports Tiefgaragen

Anlagen erneuerbarer Energien, Wellnessanlagen o. ä.? Nein Ja

Wenn ja, welche?

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Gesellschaft VSNR	Versicherungssumme / Wert 1914 VGB Selbstbeteiligung Beginn Ablauf Beitrag ZW

Wie wichtig sind Ihnen folgende Leistungseinschlüsse im Schadenfall?			
Für Ihren Hausrat oder Ihr Wohnhaus	Wichtig	Weniger wichtig	Vorhanden
Feuer / Einbruchdiebstahl / Leitungswasser / Sturm / Hagel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glasbruchschäden an Ihrer Mobiliar- und Gebäudeverglasung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Elementargefahren, wie z. B. durch Überschwemmung, Rückstau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schäden durch Verpuffung, Rauch und Ruß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sengschäden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterversicherungsverzicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überspannungsschäden durch Blitz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übernahme Notfallkosten, z. B. für Schlüsseldienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besonderheiten in der Hausratversicherung	Wichtig	Weniger wichtig	Vorhanden
Fahrrad- / Kinderwagen- / Krankenfahrstuhldiebstahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wertsachen wie z. B. Schmuck, Kunstgegenstände oder Bargeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diebstahl aus Kfz, am Arbeitsplatz oder aus dem Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diebstahl von Gartenmöbeln und Wäsche vom Grundstück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vandalismusschäden nach einem Einbruch oder Raub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schäden durch Austritt von Wasser aus Aquarien oder Wasserbetten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schäden aus grober Fahrlässigkeit ohne Anrechnung eines Mitverschuldens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besonderer Schutz z. B. für Sportausrüstung, PCs (stationär), Hi-Fi-Anlagen, Foto- / Videokameras, Hörgeräte, TV-Geräte oder Musikinstrumente über die Leistungen der Hausratversicherung hinaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besonderheiten der Glasversicherung	Wichtig	Weniger wichtig	Vorhanden
Bruchschäden an Kunststoffscheiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schäden an Glaskeramik-Kochflächen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitversicherung von Wintergartenverglasungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Blindwerden“ der Isolierverglasung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schäden durch Bruch oder Flüssigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schäden durch unsachgemäße Handhabung / Bedienungsfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besonderheiten der Wohngebäudeversicherung	Wichtig	Weniger wichtig	Vorhanden
Grundstücksbestandteile / Nebengebäude / Gebäudezubehör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schäden an Ableitungsrohren außerhalb des Gebäudes auf dem Versicherungsgrundstück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rohrverstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasser- / Gasverlust nach Schadenfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mietausfall für Wohnräume im Schadenfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufräumungs- und Abbruchkosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrkosten für den alters- / behindertengerechten Wiederaufbau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schäden durch Mut- / Böswilligkeit Dritter (Vandalismus / Graffiti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rechtsschutzversicherung

Besteht für Sie eine Rechtsschutzversicherung?								
 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Privat						
		<input type="checkbox"/> Arbeit / Beruf						
		<input type="checkbox"/> Verkehr						
		<input type="checkbox"/> Immobilien						
		<input type="checkbox"/> _____						
 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Privat						
		<input type="checkbox"/> Arbeit / Beruf						
		<input type="checkbox"/> Verkehr						
		<input type="checkbox"/> Immobilien						
		<input type="checkbox"/> _____						
 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Privat						
		<input type="checkbox"/> Arbeit / Beruf						
		<input type="checkbox"/> Verkehr						
		<input type="checkbox"/> Immobilien						
		<input type="checkbox"/> _____						
 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Privat						
		<input type="checkbox"/> Arbeit / Beruf						
		<input type="checkbox"/> Verkehr						
		<input type="checkbox"/> Immobilien						
		<input type="checkbox"/> _____						
Art	Gesellschaft VSNR	Versicherungssumme	Kautionshöhe	Selbstbeteiligung	Beginn	Ablauf	Beitrag	ZW

Wie wichtig sind Ihnen folgende Leistungseinschlüsse im Schadenfall?			
	Wichtig	Weniger wichtig	Vorhanden
Rechtsschutz im privaten Bereich, z. B. bei Kaufverträgen; auch über das Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechtsschutz im beruflichen Bereich, z. B. wegen Kündigung, Zeugniserteilung, Arbeitszeitfragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechtsschutz im Verkehrsbereich, z. B. bei Kauf-, Werk- und Reparaturverträgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechtsschutz im Immobilienbereich, z. B. bei Mieterhöhung, Kündigung oder Räumungsklage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezial-Straf-Rechtsschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unbegrenzte Versicherungssumme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit des Stichentscheids durch Ihren Anwalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonische anwaltliche Erstberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Außergerichtliche Streitschlichtung durch Mediation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitversicherung von volljährigen Familienmitgliedern, die mit 18 Jahren noch mit gleichem Erstwohnsitz in häuslicher Gemeinschaft leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechtsschutz für Betreuungsverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungs-Rechtsschutz für Vorsorgeverfügungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungs-Rechtsschutz zur Testamentserstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reise-Dokumentenservice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KFZ-Versicherung

Fragen zum Risiko												
Person KFZ-Art (PKW, Motorrad, etc.)	 <input type="checkbox"/>			 <input type="checkbox"/>			 <input type="checkbox"/>			 <input type="checkbox"/>		
Gesellschaft VSNR												
HSN TSN Erstzulassung (TT.MM.JJJJ)								
Zugelassen auf Halter seit (TT.MM.JJJJ)								
Abweichender Halter, wenn ja Name	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>						Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>					
Kennzeichen, bei Saisonkennzeichen von bis												
Schadenfreie Jahre (SF-Klasse) Haftpflicht Vollkasko SB							€			€		
Teilkasko, wenn ja Selbstbeteiligung	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>						€			Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Nutzlast Zulässiges Gesamtgewicht Leistung												
Beruf Branche Arbeitgeber												
KM-Leistung im Jahr Abstellort nachts				KM						KM		
Fahrerunfallschutz Schutzbrief, wenn ja bei	Ja <input type="checkbox"/>			Ja <input type="checkbox"/>			Ja <input type="checkbox"/>			Ja <input type="checkbox"/>		
KM-Leistung im Jahr Abstellort nachts				KM						KM		
Besitz eines EU-Führerscheins (seit wann?)					
Selbst bewohntes Wohneigentum Nutzung des Fahrzeugs												
Kinder < 16 im Haushalt Fahrerkreis Geb. jüngster Fahrer(-in)					
Ablauf Beitrag Zahlungsweise				€						€		
Wechselkennzeichen Begleitetes Fahren (BF 17)	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		

Wie wichtig sind Ihnen folgende Leistungseinschlüsse im Schadenfall?			
	Wichtig	Weniger wichtig	Vorhanden
Rabattschutz (keine Rückstufung im Schadenfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folgeschäden durch Marderbisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzicht auf den Einwand bei grober Fahrlässigkeit in der Kaskoversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarif mit Werkstattbindung (Kostensparnis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neupreisschädigung bei Kaskoschaden (max. 6 Mon. / Kaufpreisschädigung bis 24 Monate bei Pkw)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mietwagen nach Kaskoschaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erweiterter Elementar- und Wildschadenschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versicherungsschutz fremder Fahrzeuge im Ausland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

