

Für

Erstellt am _____



Personendaten

Kunde

Partner(in)

Anrede	☐ Herr	☐ Frau	☐ Herr	☐ Frau
Titel				
Vorname				
Nachname				
Geburtsdatum				
Familienstand	☐ ledig	☐ verheiratet	☐ Partnerschaft	☐ geschieden

ADRESSE

Straße / Haus-Nr.		
PLZ / Ort		

KONTAKTDATEN

Telefon		
Mobil		
E-Mail		
Erreichbarkeit		

BERUFLICHE TÄTIGKEIT

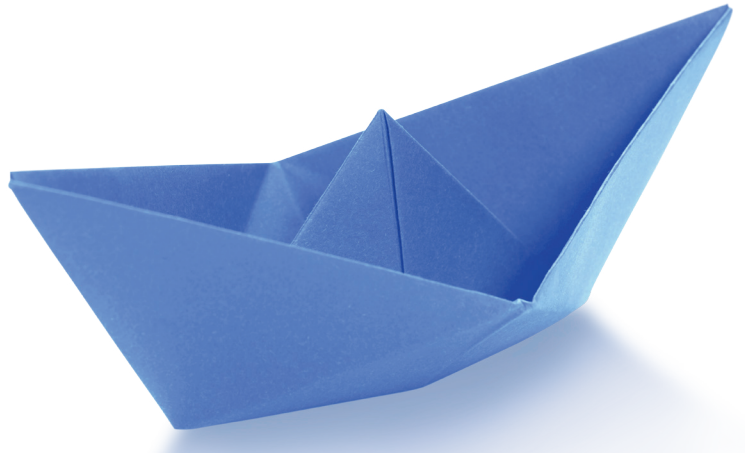
Berufliche Tätigkeit		
Status (z. B. angestellt)		
Firmenname		

KIND(ER)

Vorname				
Geburtsdatum				
Status (z. B. Schüler)				

Weitere Informationen

Persönliche Situation



Einkommen Kunde (in EUR)

Bruttogehalt mtl.	
Nettogehalt mtl.	
Anzahl Gehälter	
Rente / Pensionen mtl.	
Kapitalvermögen (Zinsen) jährl.	
Vermietung / Verpachtung jährl.	
Selbständige Arbeit jährl.	
Sonstiges jährl.	
Frei verfügbares Einkommen mtl.	

Einkommen Partner(in) (in EUR)

Bruttogehalt mtl.	
Nettogehalt mtl.	
Anzahl Gehälter	
Rente / Pensionen mtl.	
Kapitalvermögen (Zinsen) jährl.	
Vermietung / Verpachtung jährl.	
Selbständige Arbeit jährl.	
Sonstiges jährl.	
Frei verfügbares Einkommen mtl.	

ERGÄNZENDE ANGABEN

Hochgerechnete Altersrente	
Steuerklasse	

ERGÄNZENDE ANGABEN

Hochgerechnete Altersrente	
Steuerklasse	

GEMEINSAMES VERMÖGEN

Tagesgeld / Spargbuch	
Investmentfonds	
Immobilienvermögen	
Sonstiges (z. B. Bausparen)	

Festgeld	
Aktien	
Versicherungsanlageprodukte	
Frei verfügbares Kapital für eine Einmalanlage	

EIGENTUM / UMFELD

Immobilien / Grundstücke	
Mieter	☐ Ja ☐ Nein
Kraftfahrzeug(e)	
Firmeneigentum	
Haustier(e)	

Weitere Informationen

Gesundheit



GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG

	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____
Kasse				
Monatsbeitrag				
Beitragssatz				
Status				

Weitere Informationen

PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG (Vollversicherung)

	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____
Gesellschaft				
Beitrag / Zahlungsweise				
Beginn				
Tarif(e)				
Zusatzversicherung(en) (z. B. Krankentagegeld)				

Weitere Informationen

Gesundheit



BEIHILFE

	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____
Gesellschaft				
Beitrag / Zahlungsweise				
Beginn				
Status				
Dienstherr				
Beihilfesatz				
Tarif(e)				
Zusatzleistungen				

Weitere Informationen

PRIVATE ZUSATZVERSICHERUNG

	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____
Gesellschaft				
Beitrag / Zahlungsweise				
Beginn				
Art (z. B. stationär)				
Tarif(e)				

Weitere Informationen

Altersvorsorge



KAPITALEBENSVERSICHERUNG

	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____
Gesellschaft	_____	_____	_____	_____
Beitrag / Zahlungsweise	_____	_____	_____	_____
Art (z. B. Kapital-LV klassisch)	_____	_____	_____	_____
Versicherte Person(en)	_____	_____	_____	_____
Beginn	_____	_____	_____	_____
Endalter	_____	_____	_____	_____
Versicherungssumme (in EUR)	_____	_____	_____	_____
Dynamik (in %)	_____	_____	_____	_____

Weitere Informationen

RENTENVERSICHERUNG

	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____
Gesellschaft	_____	_____	_____	_____
Beitrag / Zahlungsweise	_____	_____	_____	_____
Art (z. B. Basisrente klassisch)	_____	_____	_____	_____
Versicherte Person(en)	_____	_____	_____	_____
Beginn	_____	_____	_____	_____
Endalter	_____	_____	_____	_____
Garantierte Monatsrente	_____	_____	_____	_____
Dynamik (in %)	_____	_____	_____	_____

Weitere Informationen

Existenzsicherung & Hinterbliebenenversorgung



UNFALLVERSICHERUNG

	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____
Gesellschaft	_____	_____	_____	_____
Beitrag / Zahlungsweise	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Art	_____	_____	_____	_____
Versicherte Person(en)	_____	_____	_____	_____
Beginn / Ablauf	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Absicherungsmodell	_____	_____	_____	_____
Grundsumme	_____	_____	_____	_____
Dynamik (in %)	_____	_____	_____	_____

Weitere Informationen

TODESFALLABSICHERUNG

	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____
Gesellschaft	_____	_____	_____	_____
Beitrag / Zahlungsweise	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Versicherte Person(en)	_____	_____	_____	_____
Art (z. B. Risiko-LV)	_____	_____	_____	_____
Beginn / Ablauf	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Leistung (z. B. VS) / Höhe	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____

Weitere Informationen

Existenzsicherung & Hinterbliebenenversorgung



BERUFSUNFÄHIGKEITSVERSICHERUNG

	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____
Gesellschaft	_____	_____	_____	_____
Beitrag / Zahlungsweise	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____
Art (z. B. BU)	_____	_____	_____	_____
Beginn / Ablauf	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____
Höhe	_____	_____	_____	_____
Dynamik (in %)	_____	_____	_____	_____

Weitere Informationen

Eigentumssicherung



KFZ-VERSICHERUNG

	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____
Gesellschaft	_____	_____	_____	_____
Beitrag / Zahlungsweise	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Art (z. B. PKW)	_____	_____	_____	_____
Kennzeichen	_____	_____	_____	_____
Ablauf (Hauptfälligkeit)	_____	_____	_____	_____
Vollkasko / SB	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Teilkasko / SB	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Schadenfreiheitsrabatt (KH / VK)	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____

Weitere Informationen

HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____
Gesellschaft	_____	_____	_____	_____
Beitrag / Zahlungsweise	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Art	_____	_____	_____	_____
Beginn / Ablauf	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____

Weitere Informationen

Eigentumssicherung



HAUSRAT- UND GLASVERSICHERUNG

	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____
Gesellschaft	_____	_____	_____	_____
Beitrag / Zahlungsweise	_____	_____	_____	_____
Art	_____	_____	_____	_____
Versicherungssumme	_____	_____	_____	_____
Beginn / Ablauf	_____	_____	_____	_____

Weitere Informationen

WOHNGEBÄUDEVERSICHERUNG

	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____
Gesellschaft	_____	_____	_____	_____
Beitrag / Zahlungsweise	_____	_____	_____	_____
Versicherungssumme	_____	_____	_____	_____
Beginn / Ablauf	_____	_____	_____	_____

Weitere Informationen

SONSTIGE VERSICHERUNG

	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____	Zuordnung: ☐ Kunde ☐ Partner(in) ☐ Kind _____
Gesellschaft	_____	_____	_____	_____
Beitrag / Zahlungsweise	_____	_____	_____	_____
Art (z. B. Geschäftsversicherung)	_____	_____	_____	_____
Beginn / Ablauf	_____	_____	_____	_____

Ziele & Wünsche

Einsteiger



An dieser Stelle möchten wir Ihre Wünsche sowie Ihre Bedarfssituation mit Ihnen gemeinsam eingrenzen.

Die Kernfrage:

Habe ich alles was ich brauche und brauche ich alles was ich habe?

Für Sie relevant?		wichtig – sehr wichtig
☐ Ja ☐ Nein	Wie sieht meine finanzielle Situation konkret aus, wenn ich aufgrund von Krankheit oder Unfall nicht mehr arbeiten kann?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Sind die Folgekosten eines schweren Unfalls ausreichend abgesichert?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Ist sichergestellt, dass ich bei einer Erkrankung die bestmögliche medizinische Behandlung erhalte?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Habe ich ausreichend vorgesorgt, um meinen gewünschten Lebensstil im Alter finanzieren zu können?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Früher in Rente bedeutet in der Regel weniger Rente. Kann ich mir das leisten?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Meine Versicherungen sollen immer auf dem aktuellsten Stand sein, um Absicherungslücken zu vermeiden.	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Bin ich oder meine Familie vor Haftpflichtansprüchen von Dritten ausreichend geschützt?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Bin ich bei Urlaubsreisen ausreichend abgesichert?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Ich möchte meinen Zahnersatz unabhängig von der Kassenleistung auswählen.	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Ich möchte mich frei entscheiden, welche Vorsorgeuntersuchungen oder alternativen Behandlungsmethoden ich in Anspruch nehme.	☐ ☐ ☐ ☐

Ziele & Wünsche

Durchstarter



An dieser Stelle möchten wir Ihre Wünsche sowie Ihre Bedarfssituation mit Ihnen gemeinsam eingrenzen.

Die Kernfrage:

Habe ich alles was ich brauche und brauche ich alles was ich habe?

Für Sie relevant?			wichtig – sehr wichtig
☐ Ja	☐ Nein	Wie sieht meine finanzielle Situation konkret aus, wenn ich aufgrund von Krankheit oder Unfall nicht mehr arbeiten kann?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja	☐ Nein	Früher in Rente bedeutet in der Regel weniger Rente. Kann ich mir das leisten?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja	☐ Nein	Meine Versicherungen sollen immer auf dem aktuellsten Stand sein, um Absicherungslücken zu vermeiden.	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja	☐ Nein	Entspricht meine derzeitige Vorsorge hinsichtlich Rendite / Zins noch meinen Erwartungen?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja	☐ Nein	Bin ich oder meine Familie vor Haftpflichtansprüchen von Dritten ausreichend geschützt?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja	☐ Nein	Bin ich bei Urlaubsreisen ausreichend abgesichert?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja	☐ Nein	Ich möchte meinen Zahnersatz unabhängig von der Kassenleistung auswählen.	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja	☐ Nein	Ich möchte mich frei entscheiden, welche Vorsorgeuntersuchungen oder alternativen Behandlungsmethoden ich in Anspruch nehme.	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja	☐ Nein	Sind die Folgekosten eines schweren Unfalls ausreichend abgesichert?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja	☐ Nein	Ist sichergestellt, dass ich bei einer Erkrankung die bestmögliche medizinische Behandlung erhalte?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja	☐ Nein	Habe ich ausreichend vorgesorgt, um meinen gewünschten Lebensstil im Alter finanzieren zu können?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja	☐ Nein	Ich möchte selbst bestimmen können, wer im Todesfall mein Geld erbt.	☐ ☐ ☐ ☐

Ziele & Wünsche

Families, Patchwork, Single Parent



An dieser Stelle möchten wir Ihre Wünsche sowie Ihre Bedarfssituation mit Ihnen gemeinsam eingrenzen.

Die Kernfrage:

Habe ich alles was ich brauche und brauche ich alles was ich habe?

Für Sie relevant?		wichtig – sehr wichtig
☐ Ja ☐ Nein	Wie sieht meine finanzielle Situation konkret aus, wenn ich aufgrund von Krankheit oder Unfall nicht mehr arbeiten kann?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Früher in Rente bedeutet in der Regel weniger Rente. Kann ich mir das leisten?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Meine Versicherungen sollen immer auf dem aktuellsten Stand sein, um Absicherungslücken zu vermeiden.	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Entspricht meine derzeitige Vorsorge hinsichtlich Rendite / Zins noch meinen Erwartungen?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Bin ich oder meine Familie vor Haftpflichtansprüchen von Dritten ausreichend geschützt?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Bin ich bei Urlaubsreisen ausreichend abgesichert?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Ich möchte meinen Zahnersatz unabhängig von der Kassenleistung auswählen.	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Ich möchte mich frei entscheiden, welche Vorsorgeuntersuchungen oder alternativen Behandlungsmethoden ich in Anspruch nehme.	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Welche Kosten entstehen, wenn ich pflegebedürftig werde und wer muss dafür aufkommen?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Wie sind meine Angehörigen heute und künftig finanziell abgesichert, wenn ich sterbe?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Sind die Folgekosten eines schweren Unfalls ausreichend abgesichert?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Ist sichergestellt, dass ich bei einer Erkrankung die bestmögliche medizinische Behandlung erhalte?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Wie kann ich für meine Kinder eine gesicherte Zukunft vorbereiten?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Ich möchte selbst bestimmen können, wer im Todesfall mein Geld erbt.	☐ ☐ ☐ ☐

Ziele & Wünsche Best-Ager



An dieser Stelle möchten wir Ihre Wünsche sowie Ihre Bedarfssituation mit Ihnen gemeinsam eingrenzen.

Die Kernfrage:

Habe ich alles was ich brauche und brauche ich alles was ich habe?

Für Sie relevant?		wichtig – sehr wichtig
☐ Ja ☐ Nein	Wie sieht meine finanzielle Situation konkret aus, wenn ich aufgrund von Krankheit oder Unfall nicht mehr arbeiten kann?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Früher in Rente bedeutet in der Regel weniger Rente. Kann ich mir das leisten?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Meine Versicherungen sollen immer auf dem aktuellsten Stand sein, um Absicherungslücken zu vermeiden.	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Entspricht meine derzeitige Vorsorge hinsichtlich Rendite / Zins noch meinen Erwartungen?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Sichert mir meine bisherige Form der Altersvorsorge wirklich ein lebenslanges Einkommen?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Bin ich oder meine Familie vor Haftpflichtansprüchen von Dritten ausreichend geschützt?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Bin ich bei Urlaubsreisen ausreichend abgesichert?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Ich möchte meinen Zahnersatz unabhängig von der Kassenleistung auswählen.	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Welche Kosten entstehen, wenn ich pflegebedürftig werde und wer muss dafür aufkommen?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Wie sind meine Angehörigen heute und künftig finanziell abgesichert, wenn ich sterbe?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Sind die Folgekosten eines schweren Unfalls ausreichend abgesichert?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Habe ich ausreichend vorgesorgt, um meinen gewünschten Lebensstil im Alter finanzieren zu können?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Wie hoch ist eigentlich meine Netto-Rente?	☐ ☐ ☐ ☐
☐ Ja ☐ Nein	Ich möchte selbst bestimmen können, wer im Todesfall mein Geld erbt.	☐ ☐ ☐ ☐