



Deutsches Institut für Finanzberatung
Dr. Grommisch GmbH

Verschaffen Sie sich einen Überblick über Ihre Finanzen!



✓ Checkliste meine Versicherungen

Stand: ____ . ____ . 20 ____



Meine Versicherungen im Überblick

✓	Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
✓	Berufsunfähigkeitsversicherung	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
✓	Berufsunfähigkeitsversicherung (Partner)	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
✓	Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
✓	Lebensversicherung (Partner)	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
✓	Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
✓	Rentenversicherung (Partner)	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
✓	Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
✓	Unfallversicherung (Partner)	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
✓	Unfallversicherung (Kinder)	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
✓	Private Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
✓	Private Krankenversicherung (Partner)	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
✓	Private Krankenzusatzversicherung	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
✓	Private Krankenzusatzversicherung (Partner)	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
✓	Private Krankenzusatzversicherung (Kinder)	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
✓	Auslandreisekrankenversicherung	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
✓	KFZ Versicherung	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
✓	Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
✓	Wohngebäudeversicherung	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
✓	Rechtsschutzversicherung	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
✓	weitere Versicherungen	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden



Meine Versicherungen im Detail

Haftpflichtversicherung

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer:

Mein Ansprechpartner: _____

Anschrift meines Ansprechpartners

Telefonnummer meines Ansprechpartners

Versicherungssumme:

€

Versicherungsende: _____. _____. 20 ____

Versicherungsbeitrag: _____ €

Zahlungsweise: mtl. ¼-jährl. ½-jährl. jährl.

Familienversicherungsschutz: ja nein

Selbstbeteiligung: _____ €

Berufsunfähigkeitsversicherung

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer:

Mein Ansprechpartner: _____

Anschrift meines Ansprechpartners

Telefonnummer meines Ansprechpartners

Mtl. Berufsunfähigkeitsrente:

€

Versicherungsende: _____. _____. 20 ____

Versicherungsbeitrag: _____ €

Zahlungsweise: mtl. ¼-jährl. ½-jährl. jährl.

Hinweis: Berufsunfähigkeitsversicherungen sind auch in Kombination mit Lebens- und Rentenversicherungen anzutreffen.



Berufsunfähigkeitsversicherung (Partner)

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer:

Mein Ansprechpartner: _____

Anschrift meines Ansprechpartners

Telefonnummer meines Ansprechpartners

Mtl. Berufsunfähigkeitsrente:

 €

Versicherungsende: _____.____.20____

Versicherungsbeitrag: _____ € Zahlungsweise: mtl. ¼-jährl. ½-jährl. jährl.

Hinweis: Berufsunfähigkeitsversicherungen sind auch in Kombination mit Lebens- und Rentenversicherungen anzutreffen.

Lebensversicherung

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer:

Mein Ansprechpartner: _____

Anschrift meines Ansprechpartners

Telefonnummer meines Ansprechpartners

Todesfallleistung:

 €

Versicherungsende: _____.____.20____

Begünstigte Person im Todesfall: _____

Art: Risikolebensversicherung Kapitallebensversicherung

Versicherungsbeitrag: _____ € Zahlungsweise: mtl. ¼-jährl. ½-jährl. jährl.



Lebensversicherung (Partner)

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer:

Mein Ansprechpartner: _____

Anschrift meines Ansprechpartners

Telefonnummer meines Ansprechpartners

Todesfalleistung:

Versicherungsende: _____. _____. 20 ____

Begünstigte Person im Todesfall: _____

Art: Risikolebensversicherung Kapitallebensversicherung

Versicherungsbeitrag: _____ € Zahlungsweise: mtl. ¼-jährl. ½-jährl. jährl.

Rentenversicherung

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer:

Mein Ansprechpartner: _____

Anschrift meines Ansprechpartners

Telefonnummer meines Ansprechpartners

Mtl. Rente:

Versicherungsbeitrag: _____ € Zahlungsweise: mtl. ¼-jährl. ½-jährl. jährl.

Art: Riester Rürup Betriebliche Altersvorsorge Private Versicherung



Rentenversicherung (Partner)

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer:

Mein Ansprechpartner: _____

Anschrift meines Ansprechpartners

Telefonnummer meines Ansprechpartners

Mtl. Rente:

 €

Versicherungsbeitrag: _____ € Zahlungsweise: mtl. ¼-jährl. ½-jährl. jährl.

Art: Riester Rürup Betriebliche Altersvorsorge Private Versicherung

Unfallversicherung

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer:

Mein Ansprechpartner: _____

Anschrift meines Ansprechpartners

Telefonnummer meines Ansprechpartners

Versicherungsleistung:

 €

Versicherungsende: _____.____.20____

Zusätzlich vereinbarte Unfallrente in Höhe von: _____ € mtl.

Versicherungsbeitrag: _____ € Zahlungsweise: mtl. ¼-jährl. ½-jährl. jährl.



Unfallversicherung (Partner)

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer:

Mein Ansprechpartner: _____

Anschrift meines Ansprechpartners

Telefonnummer meines Ansprechpartners

Versicherungsleistung:

 €

Versicherungsende: _____.____.20____

Zusätzlich vereinbarte Unfallrente in Höhe von: _____ € mtl.

Versicherungsbeitrag: _____ € Zahlungsweise: mtl. ¼-jährl. ½-jährl. jährl.

Unfallversicherung (Kinder)

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer:

Mein Ansprechpartner: _____

Anschrift meines Ansprechpartners

Telefonnummer meines Ansprechpartners

Versicherungsleistung:

 €

Versicherungsende: _____.____.20____

Zusätzlich vereinbarte Unfallrente in Höhe von: _____ € mtl.

Versicherungsbeitrag: _____ € Zahlungsweise: mtl. ¼-jährl. ½-jährl. jährl.



Private Krankenversicherung

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer:

Mein Ansprechpartner: _____

Anschrift meines Ansprechpartners

Telefonnummer meines Ansprechpartners

Umfang des Versicherungsschutzes:

Krankentagegeld in Höhe von: _____ € vereinbart

Versicherungsbeitrag mtl.: _____ €

Private Krankenversicherung (Partner)

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer:

Mein Ansprechpartner: _____

Anschrift meines Ansprechpartners

Telefonnummer meines Ansprechpartners

Umfang des Versicherungsschutzes:

Krankentagegeld in Höhe von: _____ € vereinbart

Versicherungsbeitrag mtl.: _____ €



Private Krankenzusatzversicherung

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer:

Mein Ansprechpartner: _____

Anschrift meines Ansprechpartners

Telefonnummer meines Ansprechpartners

Umfang des Versicherungsschutzes: Krankentagegeld in Höhe von: _____ € vereinbart

Versicherungsbeitrag: _____ €

Zahlungsweise: mtl. ¼-jährl. ½-jährl. jährl.

Private Krankenzusatzversicherung (Partner)

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer:

Mein Ansprechpartner: _____

Anschrift meines Ansprechpartners

Telefonnummer meines Ansprechpartners

Umfang des Versicherungsschutzes: Krankentagegeld in Höhe von: _____ € vereinbart

Versicherungsbeitrag: _____ €

Zahlungsweise: mtl. ¼-jährl. ½-jährl. jährl.



Private Krankenzusatzversicherung (Kinder)

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer:

Mein Ansprechpartner: _____

Anschrift meines Ansprechpartners

Telefonnummer meines Ansprechpartners

Umfang des Versicherungsschutzes:

Versicherungsbeitrag: _____ €

Zahlungsweise: mtl. ¼-jährl. ½-jährl. jährl.

Auslandsreisekrankenversicherung (Familie)

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer:

Mein Ansprechpartner: _____

Anschrift meines Ansprechpartners

Telefonnummer meines Ansprechpartners

Umfang des Versicherungsschutzes:

Versicherungsbeitrag jährl.: _____ €



Kraftfahrzeugversicherung 1

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer:

Mein Ansprechpartner: _____

Anschrift meines Ansprechpartners

Telefonnummer meines Ansprechpartners

Haftpflicht SF-Klasse _____ Teilkasko Selbstbeteiligung: _____ €

Vollkasko SF-Klasse _____ Selbstbeteiligung: _____ €

Versicherungsbeitrag: _____ € Zahlungsweise: mtl. ¼-jährl. ½-jährl. jährl.

Kraftfahrzeugversicherung 2

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer:

Mein Ansprechpartner: _____

Anschrift meines Ansprechpartners

Telefonnummer meines Ansprechpartners

Haftpflicht SF-Klasse _____ Teilkasko Selbstbeteiligung: _____ €

Vollkasko SF-Klasse _____ Selbstbeteiligung: _____ €

Versicherungsbeitrag: _____ € Zahlungsweise: mtl. ¼-jährl. ½-jährl. jährl.



Hausratversicherung

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer:

Mein Ansprechpartner: _____

Anschrift meines Ansprechpartners

Telefonnummer meines Ansprechpartners

Versicherungsleistung:

 €

Selbstbeteiligung: _____ €

Elementarschäden eingeschlossen:

ja

nein

Versicherungsbeitrag: _____ €

Zahlungsweise: mtl. ¼-jährl. ½-jährl. jährl.

Wohngebäudeversicherung

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer:

Mein Ansprechpartner: _____

Anschrift meines Ansprechpartners

Telefonnummer meines Ansprechpartners

Versicherungsleistung:

 €

Elementarschäden eingeschlossen:

ja

nein

Versicherte Risiken: _____

Versicherungsbeitrag: _____ €

Zahlungsweise: mtl. ¼-jährl. ½-jährl. jährl.



Rechtsschutzversicherung

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer:

Mein Ansprechpartner: _____

Anschrift meines Ansprechpartners

Telefonnummer meines Ansprechpartners

Eingeschlossene Risiken:

Verkehr Arbeit Mietangelegenheiten

Selbstbeteiligung: _____ €

Versicherungsbeitrag: _____ € Zahlungsweise: mtl. ¼-jährl. ½-jährl. jährl.

Sonstige Versicherung

Art der Versicherung: _____

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer:

Mein Ansprechpartner: _____

Anschrift meines Ansprechpartners

Telefonnummer meines Ansprechpartners

Umfang des Versicherungsschutzes:

Versicherungsbeitrag: _____ € Zahlungsweise: mtl. ¼-jährl. ½-jährl. jährl.



Sonstige Versicherung

Art der Versicherung: _____

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer:

Mein Ansprechpartner: _____

Anschrift meines Ansprechpartners

Telefonnummer meines Ansprechpartners

Umfang des Versicherungsschutzes:

Versicherungsbeitrag: _____ €

Zahlungsweise: mtl. ¼-jährl. ½-jährl. jährl.

Sonstige Versicherung

Art der Versicherung: _____

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer:

Mein Ansprechpartner: _____

Anschrift meines Ansprechpartners

Telefonnummer meines Ansprechpartners

Umfang des Versicherungsschutzes:

Versicherungsbeitrag: _____ €

Zahlungsweise: mtl. ¼-jährl. ½-jährl. jährl.



Sonstige Versicherung

Art der Versicherung: _____

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsnummer:

Mein Ansprechpartner: _____

Anschrift meines Ansprechpartners

Telefonnummer meines Ansprechpartners

Umfang des Versicherungsschutzes:

Versicherungsbeitrag: _____ €

Zahlungsweise: mtl. ¼-jährl. ½-jährl. jährl.

