



Es lohnt sich immer, die Dinge etwas
genauer zu betrachten.

Check-up für:

Datum

Firma

Ihr Ansprechpartner

SIGNAL IDUNA 
gut zu wissen

Schon seit über 100 Jahren der **verlässliche Partner für den Mittelstand.**

Kaum ein anderes Versicherungsunternehmen kennt die Ansprüche und Wünsche des Mittelstandes so gut wie SIGNAL IDUNA. 1906 von selbstständigen Handwerkern und Gewerbetreibenden gegründet, haben wir in unserer über

100-jährigen Geschichte den Mittelstand immer ganz besonders im Blick behalten. Von dieser Erfahrung profitieren Sie durch eine Absicherung, die ganz auf Sie und Ihr Unternehmen zugeschnitten ist. Dazu gehört auch die Ganzheitliche Beratung,

die wir Ihnen für Ihr Unternehmen und für Sie persönlich anbieten. Mit diesem innovativen Service können Sie ganz sicher sein, dass an alles gedacht wird, worauf es bei einem umfassenden Schutz ankommt.

Die SIGNAL IDUNA Gruppe – **alles unter einem Dach.**

SIGNAL IDUNA



SIGNAL IDUNA
Krankenversicherung a. G.

SIGNAL IDUNA Bauspar AG

SIGNAL IDUNA
Select Invest GmbH

SIGNAL IDUNA
Lebensversicherung a. G.

DONNER & REUSCHEL
Aktiengesellschaft

SIGNAL IDUNA
Rückversicherungs AG, Zug

SIGNAL IDUNA
Unfallversicherung a. G.

HANSAINVEST
Hanseatische Investment-GmbH

HANSA INVEST
Real Assets GmbH

SIGNAL IDUNA
Allgemeine Versicherung AG

SIGNAL IDUNA
Pensionskasse Aktiengesellschaft

DEURAG Deutsche
Rechtsschutz-Versicherung AG

SIGNAL IDUNA
Asset Management GmbH

PVAG Polizeiversicherungs-
Aktiengesellschaft

ADLER
Versicherung AG

So behalten Sie den **Überblick:**

Vorgehensweise in 4 Schritten	4
Zukunftsplanung	5
Grunddaten zu Ihrem Unternehmen	6
Risikoanalyse Gewerbliche Schadenversicherung	6
Gewerbeabsicherung	7
Bestandsaufnahme	7
Betriebs-Haftpflicht	8
Geschäftsinhalt	10
Elektronik	11
Gebäude	12
Transport	13
Maschinen	14
Krafftahrt	15
Rechtsschutz	16
Belegschaftsgeschäft	17
Bestandsaufnahme	17
Betriebliche Altersversorgung	17
Betriebliche Unfall- und Krankenversicherung	21
Unsere nächsten Schritte	22
Ganzheitliche Beratung – auch für Ihre private Situation	22
Raum für Notizen	23

Sicherheit für Ihren Betrieb.

Alle wichtigen Aspekte berücksichtigen und jederzeit flexibel sein.

Als Verantwortlicher kennen Sie die Gefahren für Ihr Unternehmen am besten. Ob durch Unwetter oder Schadenersatzansprüche – schon ein kleines Ereignis kann große Folgen haben. Deshalb hat die Sicherheit Ihres Betriebes oberste Priorität. Auch Ihre Belegschaft zu binden, kommt

größte Bedeutung zu – treue und qualifizierte Mitarbeiter sind Ihr größtes Kapital. Die Attraktivität eines Arbeitsplatzes bewerten viele Arbeitnehmer nicht nur nach Gehalt und Betriebsklima, sondern vermehrt nach der Qualität des sozialen Umfeldes. Deshalb sollte Ihnen auch die ge-

zielte Motivation Ihrer Mitarbeiter überaus wichtig sein. All dies beleuchtet unsere Ganzheitliche Beratung. Darüber hinaus passt sie sich stets flexibel den individuellen Erfordernissen Ihres Unternehmens an.

Eigentlich ganz einfach, wenn man Schritt für Schritt vorgeht.

Am Anfang steht die **ANALYSE** der aktuellen Situation Ihres Unternehmens. Dabei betrachten wir, welche Maßnahmen Sie bei der Gewerbeabsicherung und der Versorgung der Belegschaft bereits getroffen haben.

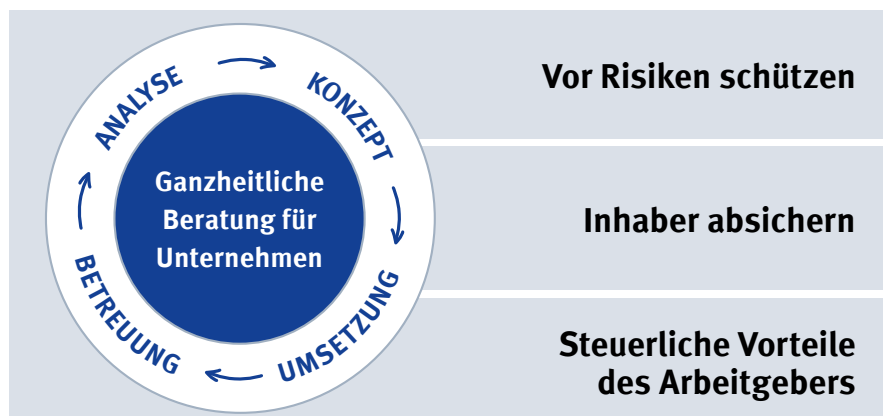
Dann folgt das **KONZEPT** mit einer ausführlichen Beratung für Ihr Unternehmen. In diesem Rahmen stellen wir Ihnen auch die Vorteile einer Versorgungswerk-Mitgliedschaft vor und präsentieren Ihnen individuelle Lösungen für Ihr Unternehmen.

In der anschließenden **UMSETZUNG** bewerten Sie unsere Beratung und gemeinsam leiten wir dann Schritte zur Optimierung Ihrer Unternehmenssituation ein.

Begleitet wird dieser Prozess von einer kontinuierlichen **BETREUUNG**: Durch eine dauerhafte Partnerschaft mit jährlichen Check-up-Gesprächen stellen wir dabei sicher, dass das Konzept regelmäßig an die aktuelle Situation Ihres Unternehmens angepasst wird.

SIGNAL IDUNA – bewährter Partner der Versorgungswerke.

Versorgungswerke sind die Sozialeinrichtungen der Berufsstandsorganisationen aus Handwerk, Handel und Gewerbe. Ihre Aufgabe ist es, Arbeitgebern und Arbeitnehmern der Mitgliedsbetriebe günstige Absicherungsmöglichkeiten zu schaffen. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, kooperiert ein Großteil dieser Versorgungswerke mit der SIGNAL IDUNA Gruppe.



Ganzheitlich wird's erst, wenn an alles gedacht wurde.

Damit eine Ganzheitliche Beratung wirklich alle wichtigen Aspekte Ihres Unternehmens abdeckt, ist sie in drei Themenfelder aufgeteilt. Von den Risiken bis zur Bindung Ihrer qualifizierten Mitarbeiter durch umfassende Sozialleistungen ist so an alles gedacht.

Vor Risiken schützen

- Absicherung der Betriebshaftpflicht
- Schutz des Betriebsinhaltes
- Finanzieller Ausgleich bei Betriebsunterbrechung
- usw.

Steuerliche Vorteile des Arbeitgebers

- Rürup-Rente (Basis-Rente) für den Betriebsinhaber
- Beiträge für Mitarbeiterabsicherung mindern die Steuerlast
- Geringer administrativer Aufwand

Inhaber absichern

- Finanzielle Absicherung gesundheitlicher Risiken
- Sicherstellen des weiteren Betriebsablaufs
- usw.

Für nicht angekreuzte Themenfelder wird momentan keine Beratung gewünscht.

Wir unterstützen Sie bei der **erfolgreichen Zukunft** Ihres Unternehmens.

Realistisch in der Planung und zielgenau in der Umsetzung.

Damit Ihr Unternehmen auch weiter erfolgreich am Markt bestehen kann, sollten Sie sich jetzt ein wenig Zeit für die Zukunftsplanung nehmen: Welche Ziele haben Sie für Ihr Unternehmen?

Ihre Überlegungen sind der Ausgangspunkt für unsere weitere gemeinsame Planung – realistisch und auf die erfolgreiche Zukunft für Sie, Ihr Unternehmen und Ihre Mitarbeiter ausgerichtet.

Welche Absicherungen sind Ihnen **wichtig**?

Grunddaten zu Ihrem Unternehmen

Persönliche Angaben	
Firmenname	<input type="text"/>
Rechtsform	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Einzelunternehmen
	<input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> Mini-GmbH
	<input type="checkbox"/> oHG <input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> GmbH & Co. KG <input type="checkbox"/> GbR
	Anderes: <input type="text"/>
Inhaber/Gesellschafter (Name)	<input type="text"/>
Geschäftsführer (Name)	<input type="text"/>
Postleitzahl, Ort	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Telefax	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Homepage	<input type="text"/>
Art des Betriebes/Branche <small>(z. B. Handel, Werkstatt, Produktion, Baugewerbe)</small>	<input type="text"/>
Innungs-/Verbandsmitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche?	<input type="text"/>
Datum der Firmengründung/ -übernahme	<input type="text"/>
Weitere, rechtlich selbstständige Betriebe vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ansprechpartner/Funktion <small>(z. B. Personalverantwortlicher, Steuerberater)</small>	<input type="text"/>
Sonstiges	<input type="text"/>

Risikoanalyse Gewerbliche Schadenversicherung

Betriebsbeschreibung	
<input type="checkbox"/> Handelsbetrieb (Mit welchen Waren wird gehandelt?)	<input type="checkbox"/> Produktionsbetrieb (Was wird produziert?)
<input type="checkbox"/> Handwerks-/Baubetrieb (Welche Arbeiten werden durchgeführt?)	<input type="checkbox"/> Dienstleistungsbetrieb (Welche Dienstleistungen werden erbracht?)
<input type="checkbox"/> Kfz-Handel und -Handwerk	<input type="checkbox"/> Heilwesen (Heilpraktiker/amb. Pflegedienst usw.)
Ausführliche Betriebsbeschreibung	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

Gewerbeabsicherung

Bestandsaufnahme	Seite	Vorhanden	Anmerkung
Betriebshaftpflicht	9	<input type="checkbox"/>	
Geschäftsinhalt	11	<input type="checkbox"/>	
Elektronik	12	<input type="checkbox"/>	
Gebäude	13	<input type="checkbox"/>	
Transport	14	<input type="checkbox"/>	
Maschinen	15	<input type="checkbox"/>	
Kraftfahrt	16	<input type="checkbox"/>	
Rechtsschutz	17	<input type="checkbox"/>	

Betriebs-Haftpflicht

Betriebs-Haftpflichtversicherung

Besteht eine Betriebs-Haftpflichtversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja, Versicherer:	<input type="text"/>	
Deckungssumme	<input type="text"/>	€	
Versicherungsscheinnummer	<input type="text"/>		
Bruttobeitrag	<input type="text"/>	€	
Ablauf	<input type="text"/>		
Sind in den letzten 5 Jahren Schäden angefallen?	<input type="checkbox"/> Ja		
Anzahl	<input type="text"/>		
Schadenhöhe	<input type="text"/>	€	

Allgemeine Fragen für die Betriebs-Haftpflichtversicherung

Wie viele Personen sind im Betrieb tätig?	Vollzeit:	<input type="text"/>	Teilzeit:	<input type="text"/>
Davon auf fremden Grundstücken/Werkstatt? (z. B. Bau-, Montage-, Reparatur-, Wartungsarbeiten)	Fremde Grdst.:	<input type="text"/>	Werkstatt:	<input type="text"/>
Wie hoch ist die Brutto-Jahreslohn- und -Gehaltssumme? (Gemäß Meldung an die Berufsgenossenschaft)	<input type="text"/>	€		
Wie hoch war die Jahresumsatzsumme im Vorjahr? (Ohne MwSt.)	<input type="text"/>	€		
Werden Leistungen an Subunternehmer vergeben?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
Auftragssumme	<input type="text"/>	€		
Handelt es sich bei der Vergabe von Subunternehmerleistungen um versicherungsfremde Risiken?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
Welche?	<input type="text"/>			
Anzahl der selbstfahrenden Arbeitsmaschinen bis 20 km/h	<input type="text"/>	Art:	<input type="text"/>	
Sollen Mietsachschäden an gemieteten Räumen mitversichert werden?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
Wert der gemieteten Räume	<input type="text"/>	€		
Werden Teile des Betriebsgrundstückes vermietet?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
Brutto-Jahresmieteinnahme	<input type="text"/>	€		

Fragen zur Umwelt-Haftpflichtversicherung

Nehmen Sie Planung, Herstellung, Lieferung, Montage, Instandhaltung und Wartung von WHG-Anlagen, Abwasseranlagen oder genehmigungspflichtigen Anlagen bzw. Teilen vor?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Lagern, verwenden bzw. vertreiben Sie umweltgefährliche Stoffe?	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte Fragebogen 25 einreichen)		<input type="checkbox"/> Nein
Sind Heizöltanks vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Anzahl/Baujahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Fassungsvermögen	<input type="text"/>		
Ist eine Betriebstankstelle vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte Fragebogen 25 einreichen)		<input type="checkbox"/> Nein
Sind Öl-/Benzinabscheider vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Anzahl/Baujahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Mitversicherung von Eigenschäden an eigenen und gemieteten Grundstücken?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Werden Teile des Betriebsgrundstückes vermietet?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein

Geschäftsinhalt

Geschäftsinhaltversicherung		
Besteht eine Geschäftsinhaltversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja, Versicherer:	<input type="text"/>
Versicherungssumme	<input type="text"/>	€
Versicherungsscheinnummer	<input type="text"/>	
Bruttobeitrag	<input type="text"/>	€
Ablauf	<input type="text"/>	
Sind in den letzten 5 Jahren Schäden angefallen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Anzahl	<input type="text"/>	
Schadenhöhe	<input type="text"/>	€

Beschaffenheit und Lage des Gebäudes		
Bauart des Gebäudes:	Bauart Umfassungswände:	<input type="text"/>
	Dachung (Beton, Ziegel, Reet etc.):	<input type="text"/>
Befinden sich innerhalb des Gebäudes Fabriken, Mühlen, Holzbearbeitungsbetriebe, Theater, gastronomische Betriebe, Warenhäuser, Lager mit feuergefährlichen oder explosiblen Stoffen, Kunst- oder Schaumstoffen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bitte nähere Angaben	<input type="text"/>	
Welche Waren bzw. Vorräte werden gelagert?	<input type="text"/>	

Welche Gefahren sind versichert?		Versicherungssummen	
<input type="checkbox"/> Feuer	<input type="checkbox"/> Sturm/Hagel	Betriebseinrichtung	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Einbruch-Diebstahl	<input type="checkbox"/> Elementar	Waren/Vorräte	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Leitungswasser	<input type="checkbox"/> Glas	Vorsorge	<input type="text"/> €
		Gesamt	<input type="text"/> €
Werden versicherte Sachen auch im Freien auf dem Versicherungsgrundstück gelagert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/> €	<input type="checkbox"/> Nein

Betriebsunterbrechung		
<input type="checkbox"/> Feuer	<input type="checkbox"/> Sturm/Hagel	Jahresumsatz Vorjahr <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Einbruch-Diebstahl	<input type="checkbox"/> Elementar	Wareneinsatz Vorjahr <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Leitungswasser		

Glas		
Sind Einzelscheiben über 10 m ² Einzelgröße vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Stück/Maße	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sind Werbeanlagen vorhanden? (z. B. Firmenschilder, Leuchtröhren)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Neuwert	<input type="text"/>	€

Betriebsschließungsversicherung		
Wird eine Betriebsschließungsversicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Soll der Warenverlust mitversichert werden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Warenhöchstwert	<input type="text"/>	€

Elektronik

Elektronikversicherung

Besteht eine Elektronikversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja, Versicherer:	<input type="text"/>	
Versicherungssumme	<input type="text"/>	€	
Versicherungsscheinnummer	<input type="text"/>		
Bruttobeitrag	<input type="text"/>	€	
Ablauf	<input type="text"/>		
Sind in den letzten 5 Jahren Schäden angefallen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Anzahl	<input type="text"/>		
Schadenhöhe	<input type="text"/>	€	

Versicherungssummen

<input type="checkbox"/> Informationstechnik (z.B. EDV-Anlagen)	<input type="checkbox"/> Medizintechnik
<input type="checkbox"/> Bürotechnik (z.B. Schreib- und Rechentechnik, Kopiergeräte)	<input type="checkbox"/> Photovoltaikanlage
<input type="checkbox"/> Mess- und Regeltechnik	<input type="checkbox"/> Einzelgeräte
<input type="checkbox"/> Kommunikationstechnik (z.B. Telefonanlage)	

Hersteller	Typ	Geräte-Nr.	Wiederbeschaffungswert	Baujahr
<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"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>

Wie hoch ist der Wiederbeschaffungswert?	<input type="text"/>	€	
Werden Anlagen bzw. Geräte mobil eingesetzt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wiederbeschaffungswert	<input type="text"/>	€	
Geltungsbereich (Bitte Länder angeben)	<input type="text"/>		
Wird eine Datenträgerversicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
Mitversicherung von Kopierschutzsteckern (Dongles)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
Sind Selbstbeteiligungen vereinbart?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wie hoch?	<input type="text"/>	€	

Notizen

<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"/>

Gebäude

Gebäudeversicherung

Besteht eine Gebäudeversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja, Versicherer:	<input type="text"/>	
Versicherungssumme	<input type="text"/>	€	
Versicherungsscheinnummer	<input type="text"/>		
Bruttobeitrag	<input type="text"/>	€	
Ablauf	<input type="text"/>		
Sind in den letzten 5 Jahren Schäden angefallen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Anzahl	<input type="text"/>		
Schadenhöhe	<input type="text"/>	€	

Beschaffenheit und Lage des Gebäudes

Bauart des Gebäudes:	Bauart Umfassungswände:	<input type="text"/>	
	Dachung (Beton, Ziegel, Reet etc.):	<input type="text"/>	
Befinden sich innerhalb des Gebäudes Fabriken, Mühlen, Holzbearbeitungsbetriebe, Theater, gastronomische Betriebe, Warenhäuser, Lager mit feuergefährlichen oder explosiblen Stoffen, Kunst- oder Schaumstoffen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Bitte nähere Angaben	<input type="text"/>		
Wie wird das Gebäude genutzt? Wohnanteil:	<input type="text"/>	%	
	Gewerbeanteil:	<input type="text"/>	%
Welche Geschäfte bzw. Betriebe befinden sich im Gebäude? <small>(Bitte Betriebsart und jeweiligen Flächenanteil angeben)</small>	<input type="text"/>		

Welche Gefahren sind versichert?

<input type="checkbox"/> Feuer	<input type="checkbox"/> Elementar	<input type="checkbox"/> M 1914 gleitender Neuwert (Mark 1914)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Leitungswasser	<input type="checkbox"/> Glas	<input type="checkbox"/> Nach Wertzuschlagsklausel 1707 (90)	€
<input type="checkbox"/> Sturm/Hagel		<input type="checkbox"/> Neuwert	€
		<input type="checkbox"/> Zeitwert	€

Mietverlust – welche Gefahren sollen versichert werden?

<input type="checkbox"/> Feuer	<input type="checkbox"/> Sturm/Hagel	Brutto-Jahresmietwert	<input type="text"/>	€
<input type="checkbox"/> Einbruch-Diebstahl	<input type="checkbox"/> Elementar	Haftzeit (Monate)	<input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 24	
<input type="checkbox"/> Leitungswasser				

Glas

Welche Scheiben sollen versichert werden?	<input type="checkbox"/> Scheiben des gesamten Gebäudes	
	<input type="checkbox"/> Scheiben von Gebäudeteilen, die der allgemeinen Nutzung unterliegen	
Sind Werbeanlagen vorhanden? (z. B. Firmenschilder, Leuchtröhren)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Neuwert	<input type="text"/>	€

Maschinen

Maschinenversicherung

Besteht eine Maschinenversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja, Versicherer:	<input type="text"/>
Versicherungssumme	<input type="text"/>	€
Versicherungsscheinnummer	<input type="text"/>	
Bruttobeitrag	<input type="text"/>	€
Ablauf	<input type="text"/>	
Sind in den letzten 5 Jahren Schäden angefallen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Anzahl	<input type="text"/>	
Schadenhöhe	<input type="text"/>	€

Art und Verwendung der Maschinen

Welche Maschinen verwenden Sie? Stationäre Maschinen Fahrbare Maschinen

Pos.	Herstellername	Typ	Seriennummer	Baujahr	Versicherungssumme (Heutiger Neuwert bzw. Listenpreis inkl. Fracht und Montage)
<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"/>	<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"/>	<input type="text"/>	€
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€

Deckungsumfang

Ausschluss von inneren Betriebsschäden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ausschluss des Diebstahlrisikos?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Welche Selbstbeteiligung ist vereinbart?	<input type="text"/>	€

Versicherungssummen

<input type="checkbox"/> Haustechnik	<input type="checkbox"/> Bäckerei, Metzgerei/Schlachtereier/Fleischerei
<input type="checkbox"/> Textil (Herstellung und Bearbeitung)	<input type="checkbox"/> Tankstellen/Kfz-Betriebe
<input type="checkbox"/> Metall	<input type="checkbox"/> Wasserwirtschaft
<input type="checkbox"/> Holz (Be- und Verarbeitung) ohne Sägegatter	<input type="checkbox"/> Gastronomie
<input type="checkbox"/> Druckerei	
Versicherungssumme (Heutiger Neuwert bzw. Listenpreis inkl. Fracht und Montage)	<input type="text"/> €
Besteht eine Maschinen-BU-Versicherung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Notizen

Kraftfahrt

Kraftfahrtversicherung

Bestehen Kfz-Versicherungen?	<input type="checkbox"/>	Ja, Versicherer:	<input type="text"/>
Versicherungsscheinnummer	<input type="text"/>		
Bruttobeitrag	<input type="text"/>	€	
Ablauf	<input type="text"/>		
Schadenquote der letzten 5 Jahre?	<input type="text"/>	%	

Fahrzeuge/Tarifierungsmerkmale

Nr.	Kennzeichen	Erstzulassung	Hersteller- schlüssel	Typ- schlüssel	KH RGJ*	VK RGJ*	Deckungsumfang	
							VK-SB	TK-SB
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

Versichert als Fuhrpark-/Flotte? Ja Nein

Notizen

Rechtsschutz

Rechtsschutzversicherung

Besteht eine Rechtsschutzversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja, Versicherer: <input type="text"/>	
Versicherungsscheinnummer	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein
Bruttobeitrag	<input type="text"/> €	
Ablauf	<input type="text"/>	
Sind in den letzten 5 Jahren Schäden angefallen?	<input type="checkbox"/> Ja	
Anzahl	<input type="text"/>	
Schadenhöhe	<input type="text"/> €	

Risikodaten

Anzahl der Beschäftigten	<input type="text"/>	
Soll der Privat-, Berufs- und Verkehrsrechtsschutz mitversichert werden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind mehrere Inhaber/Geschäftsführer vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name des 1. Inhabers/Geschäftsführers	<input type="text"/>	
Name des 2. Inhabers/Geschäftsführers	<input type="text"/>	
Anschrift der selbstbewohnten Wohneinheit	<input type="text"/>	
Anschrift der selbstbewohnten Wohneinheit	<input type="text"/>	

Deckungsumfang

RS für Handwerk, Handel und Gewerbe	Privat-, Berufs- und Verkehrs-RS	
Sollen die folgenden Risiken ausgeschlossen werden?	Sollen die folgenden Risiken ausgeschlossen werden?	
<input type="checkbox"/> Arbeits-RS	<input type="checkbox"/> Arbeits-RS	
<input type="checkbox"/> Wohnungs- und Grundstücks-RS	<input type="checkbox"/> Wohnungs- und Grundstücks-RS	
<input type="checkbox"/> Verkehrs-RS	Sind Sie Single?	
<input type="checkbox"/> Versicherungsvertrags-RS für Selbstständige	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Erweiterter Straf-RS		
Welche Selbstbeteiligung wünschen Sie?	Welche Selbstbeteiligung wünschen Sie?	
<input type="checkbox"/> 150 €	<input type="checkbox"/> 150 €	
<input type="checkbox"/> 250 €	<input type="checkbox"/> 250 €	
<input type="checkbox"/> Ohne SB	<input type="checkbox"/> Ohne SB	
Firmenvertrags-RS für		
<input type="checkbox"/> Handwerksbetriebe	<input type="checkbox"/> Einzelhandel	
<input type="checkbox"/> Innungsmitglieder	<input type="checkbox"/> Heilberufe	
Wünschen Sie Versicherungsschutz im Firmenvertrags-RS?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Notizen

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Belegschaftsgeschäft

Bestandsaufnahme	Seite	Vorhanden	Anmerkung
Betriebliche Altersversorgung – Geschäftsführung	19	<input type="checkbox"/>	
Betriebliche Altersversorgung – leitende Mitarbeiter	20	<input type="checkbox"/>	
Betriebliche Altersversorgung – Arbeitnehmer	21	<input type="checkbox"/>	
Gruppen-Unfallversicherung	22	<input type="checkbox"/>	
Krankenversicherung für die Belegschaft	22	<input type="checkbox"/>	

Betriebliche Altersversorgung

Grunddaten zur Altersvorsorgeberatung			
Beschäftigte Arbeitnehmer/Arbeitnehmerstruktur		Finanzdaten	
Gesellschafter-Geschäftsführer	<input type="text"/>	Gewinnermittlung	
Personengesellschafter	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Einnahmenüberschussregelung	
Geschäftsführer (ohne Beteiligung)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Bilanzierung/Bilanzstichtag	<input type="text"/>
Mitarbeitende Familienangehörige	<input type="text"/>	Gewerbsteuerhebesatz	<input type="text"/> %
Sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmer	<input type="text"/>	Gewinn vor Steuern im letzten Geschäftsjahr	<input type="text"/> €
Geringfügig Beschäftigte (450 €)	<input type="text"/>		
Auszubildende	<input type="text"/>	Geplanter Gewinn vor Steuern im laufenden Geschäftsjahr	<input type="text"/> €
Sonstige	<input type="text"/>		

Betriebliche Altersversorgung

Grunddaten zur Altersvorsorgeberatung									
Name									
Geburtsdatum									
Jahresbrutto	€			€			€		
Tantiemen	€			€			€		
Steuerlich beherrschend	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
Sozialversicherungspflichtig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, geprüft durch									
Beitragszeiten DRV	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
Aktuelle Renteninformation liegt vor (Wenn nein: bitte anfordern!)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
Sozialversicherungsnummer									
Betriebliche Altersversorgung									
Direktversicherung - § 3 Nr. 63 EStG	€			€			€		
(Beitrag p. a.) - § 40b EStG a.F.	€			€			€		
Pensionskasse (Beitrag p. a.)	€			€			€		
Pensionsfonds (Beitrag p. a.)	€			€			€		
Unterstützungskasse (Beitrag p. a.)	€			€			€		
Pensionszusage	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
Rückdeckungsversicherung vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: Gesellschaft									
Letzte Überprüfung der Ausfinanzierung (Datum)									
Private Vorsorge									
Rürup-Rente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
Riester-Rente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
Flexible Versorgung (3. Schicht)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
Beteiligt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
Beteiligung	%			%			%		

Betriebliche Altersversorgung

Arbeitnehmer			
Tarifvertrag	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, welcher?			
Besteht Betriebliche Altersversorgung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wenn nein			
Wie wird der Rechtsanspruch auf bAV (Entgeltumwandlung) umgesetzt?			
Sind Sie daran interessiert, Ihre Lohnnebenkosten zu senken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja			
Durchführungsweg			
	<input type="checkbox"/> DV 3.63	<input type="checkbox"/> PK	<input type="checkbox"/> PF
	<input type="checkbox"/> DV 40b	<input type="checkbox"/> PZ	<input type="checkbox"/> UK
Personengruppe	<input type="checkbox"/> kaufmännischen Angestellte	<input type="checkbox"/> gewerbliche Angestellte	
Beitragshöhe (gesamt p. a.)	€	€	
Finanzierung			
Arbeitgeberbeitrag p. a.	€	€	
Arbeitnehmerbeitrag p. a.	€	€	
Umwandlung VL	€	€	
Zusage-Art			
Beitragsorientierte Leistungszusage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beitragszusage mit Mindestleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leistungszusage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leistungsarten			
Altersrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Witwen-/Witwerrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Waisenrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Invalidenrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rechtsgrundlage für die Erteilung einer bAV			
Einzelvertrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Betriebsvereinbarung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tarifvertrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bei Durchführungsweg Pensionszusage			
Rückdeckungsversicherung vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja: Gesellschaft			
Letzte Überprüfung der Ausfinanzierung (Datum)			
Betriebs-/Personalrat	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Falls ja: Ansprechpartner			

Betriebliche Altersversorgung

Inhaber (Personengesellschafter)						
Name						
Geburtsdatum						
Deutsche Rentenversicherung						
Versicherungspflicht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Aktuelle Renteninformation liegt vor (Wenn nein: bitte anfordern!)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sozialversicherungsnummer						
Handwerker: bisherige Pflichtbeitragsmonate	€		€		€	
Höhe der Beiträge monatlich	€		€		€	
Antrag auf Befreiung gestellt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Private Vorsorge						
Rürup-Rente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Riester-Rente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Flexible Versorgung (3. Schicht)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mitarbeitende Familienangehörige						
Name						
Geburtsdatum						
Verwandtschaftsgrad						
Falls Ehegatte: Ist ein Ehegattenarbeitsvertrag abgeschlossen worden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bruttogehalt monatlich						
Betriebliche Altersversorgung						
Durchführungsweg	<input type="checkbox"/> DV 3.63	<input type="checkbox"/> PZ	<input type="checkbox"/> DV 3.63	<input type="checkbox"/> PZ	<input type="checkbox"/> DV 3.63	<input type="checkbox"/> PZ
	<input type="checkbox"/> DV 40.b	<input type="checkbox"/> PF	<input type="checkbox"/> DV 40.b	<input type="checkbox"/> PF	<input type="checkbox"/> DV 40.b	<input type="checkbox"/> PF
	<input type="checkbox"/> PK	<input type="checkbox"/> UK	<input type="checkbox"/> PK	<input type="checkbox"/> UK	<input type="checkbox"/> PK	<input type="checkbox"/> UK
Arbeitgeberbeitrag p. a.	€		€		€	
Arbeitnehmerbeitrag p. a.	€		€		€	
Vermögenswirksame Leistungen						
Monatsbeitrag	€		€		€	
Gesellschaft						

Betriebliche Unfall- und Krankenversicherung – Grunddaten Belegschaftsgeschäft

Status Mitarbeiter						
	Geschäfts- führung	Leitende Mitarbeiter	Kfm. Angestellte	Gewerbliche Angestellte	Mitarb. Fam.- Angehörige	Auszu- bildende
Anzahl Mitarbeiter						
Vollzeitbeschäftigung						
Teilzeitbeschäftigung						

Unfallversicherung						
	Geschäfts- führung	Leitende Mitarbeiter	Kfm. Angestellte	Gewerbliche Angestellte	Mitarb. Fam.- Angehörige	Auszu- bildende
Zuständige BG						
Besteht betriebl. UV?						
Direktanspruch	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja: Pauschalversteuerung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein
Versicherungsumfang						
Beruf und Freizeit						
Nur Berufs- und Wegeunfälle						
Nur Berufsunfälle						
Vertragspartner						
Vertragsunterlagen sind bei- gefügt/werden nachgereicht	<input type="checkbox"/> Beigef.	<input type="checkbox"/> Beigef.	<input type="checkbox"/> Beigef.	<input type="checkbox"/> Beigef.	<input type="checkbox"/> Beigef.	<input type="checkbox"/> Beigef.
	<input type="checkbox"/> Nachger.	<input type="checkbox"/> Nachger.	<input type="checkbox"/> Nachger.	<input type="checkbox"/> Nachger.	<input type="checkbox"/> Nachger.	<input type="checkbox"/> Nachger.
Vertragsverlauf						

Krankenversicherung						
	Geschäfts- führung	Leitende Mitarbeiter	Kfm. Angestellte	Gewerbliche Angestellte	Mitarb. Fam.- Angehörige	Auszu- bildende
GKV-pflichtig/freiwillig						
bKV durch Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein
Vertragspartner						
Versicherungsbeginn						
Vertragsablauf						
Zusatzversich./Wahltarife						
Lohnfortzahlung X Wochen						

Unsere nächsten Schritte

Gewerbeabsicherung		
Vertragsart	Aufgaben	Folgetermine
Betriebs-Haftpflicht		
Geschäftsinhalt		
Elektronik		
Gebäude		
Transport		
Maschinen		
Kraftfahrt		
Rechtsschutz		

Belegschaftsversorgung		
Versorgung	Aufgaben	Folgetermine
Betriebliche Altersversorgung		
Betriebliche Unfallversicherung		
Betriebliche Krankenversicherung		

Notizen

Ganzheitliche Beratung – auch für Ihre **private Situation.**

Die Ganzheitliche Beratung schafft nicht nur die optimale Basis für die Absicherung Ihres Betriebes, sondern sorgt auch bei Ihrer privaten Absicherung dafür, dass

alle wichtigen Bereiche von der Gesundheit bis zum Vermögensaufbau abgedeckt werden.

SIGNAL IDUNA Gruppe

Hauptverwaltung Dortmund
Joseph-Scherer-Straße 3
44139 Dortmund
Telefon 0231 135-0
Fax 0231 135-4638

Hauptverwaltung Hamburg
Neue Rabenstraße 15-19
20354 Hamburg
Telefon 040 4124-0
Fax 040 4124-2958

info@signal-iduna.de
www.signal-iduna.de