



# Versicherungsrelevante Daten für meinen privaten Haushalt

Alle im Haushalt lebende Personen:

Name	Geburtsdatum	Beruf	Status (angestellt, selbstständig, öffentl. Dienst)
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Fax privat: \_\_\_\_\_ Telefon geschäftlich: \_\_\_\_\_

E-Mail privat: \_\_\_\_\_ E-Mail geschäftlich: \_\_\_\_\_

Familienstand:  verheiratet  verwitwet  ledig  Lebensgemeinschaft

Ich/wir wohne/n in:  Mietwohnung  Eigentumswohnung  Einfamilienhaus  Reihenhaus  Doppelhaushälfte

Nebengebäude/Anlagen:  Garage: Anzahl \_\_\_\_  Carport: Anzahl \_\_\_\_  Nebengebäude: Anzahl \_\_\_\_  Photovoltaik-/Solaranlage

Gewerbebetrieb in Ihrem Haus:  ja \_\_\_\_\_  nein

Beruflich genutztes Büro im Privathaus/-wohnung:  ja \_\_\_\_\_  nein

Öltank vorhanden:  ja: \_\_\_\_\_ Liter  im Keller  auf dem Grundstück  nein

Gastank vorhanden  ja: \_\_\_\_\_ Liter  im Keller  auf dem Grundstück  nein

Vermietetes Wohneigentum:  ja  Wohnhaus  Eigentumswohnung  Einliegerwohnung Anzahl: \_\_\_\_\_  nein

Ferienwohnung:  ja  nein Zweitwohnung:  ja  nein

Unbebaute Grundstücke:  ja  nein Campingplatz:  ja  nein Schrebergarten:  ja  nein

Hunde:  ja: Anzahl: \_\_\_\_\_ Rasse: \_\_\_\_\_  nein

Pferde:  ja: Anzahl: \_\_\_\_\_  nein

Sonstige Tiere:  ja: Anzahl: \_\_\_\_\_ Art: \_\_\_\_\_  nein

Nebenberufliche selbstständige Tätigkeit:  ja: Art \_\_\_\_\_ Umsatz p.a.: \_\_\_\_\_  nein

Gefährlicher Sport oder Hobbies: \_\_\_\_\_  nein

Besitzen Sie Drohnen / Drachen / Modellflugzeuge:  ja: Art: \_\_\_\_\_  nein

Gewicht: \_\_\_\_\_ Kg

**Ich/wir habe/n Interesse oder Fragen zu einer der folgenden Versicherungssparten:**

- |                                 |   |                             |   |
|---------------------------------|---|-----------------------------|---|
| Kraftfahrzeug                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sterbegeld                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Privathaftpflicht               | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Private Rente               | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Tierhalterhaftpflicht           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Riester-Rente               | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Tierkranken-/OP                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Basis-Rente                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Hausrat                         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Betriebliche Altersvorsorge | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Gebäude                         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Pflegezusatz                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Elementarschaden                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Krankenversicherung         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Glasbruch                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Krankentagegeld             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Rechtsschutz                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Kranken-Zusatz              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Unfall                          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Zahnzusatz                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Boot                            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Auslandsreise-Kranken       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Internetkriminalität/Cyber Risk | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Reisegepäck                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Berufsunfähigkeit               | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Bausparvertrag              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Erwerbsunfähigkeit              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Baufinanzierung             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Risikoleben                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                             |   |

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Für meine Kinder:**

- |                                     |   |                |   |
|-------------------------------------|---|----------------|---|
| Berufsunfähigkeit                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Ausbildung     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Unfall                              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Kranken-Zusatz | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Absicherung gegen schwere Krankheit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Zahn-Zusatz    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Sonstiges: \_\_\_\_\_

 Ich/wir werde/n bereits komplett von Ihnen betreut.  ja  nein

 Ich/wir möchte/n, dass Sie die vorhandenen Verträge, die noch nicht von Ihnen betreut werden, überprüfen.  ja  nein

Wichtiges: \_\_\_\_\_

Mir/uns ist bewusst, dass durch fehlende/unrichtige Angaben eine optimale Betreuung/Beratung nicht möglich ist. Sollten sich Änderungen ergeben, oder ich/wir ein Angebot zu einer Versicherung wünsche/n, werden wir Sie benachrichtigen.

 \_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

 \_\_\_\_\_  
 Unterschrift/en