



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