

Versicherungsrelevante Daten für meinen/unseren privaten Haushalt

Alle im Haushalt lebenden Personen:

| Name | Geburtsdatum | Beruf | Status (angestellt, selbständig, öffentl. Dienst) |
|----------|--------------|-------|--|
| 1. _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ | _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ | _____ | _____ |
| 5. _____ | _____ | _____ | _____ |

Adresse: _____

Telefon privat: _____ Mobil: _____

Fax privat: _____ Telefon Büro: _____

Email: _____

Familienstand: verheiratet Single Lebensgemeinschaft

Ich/Wir wohne/n zur Miete ja nein zur Untermiete Eigentum seit _____

Ich/Wir wohne/n in einer/einem

Mietwohnung Eigentumswohnung Einfamilienhaus Reihenhaus

Garage: Anzahl _____ Carport: Anzahl _____

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 Einliegerwohn. Anzahl nein

Ferienwohnung: ja nein Zweitwohnung: ja nein externe Läger/Werkstät.: ja nein

unbebautes Grundstück: ja nein Campingstellplatz: ja nein Schrebergarten: ja nein

Hunde: ja: Anzahl: _____ Rasse: _____ nein

Pferde: ja: Anzahl: _____ nein

Sonstige Tiere: ja: Art: _____ Anzahl: _____ nein

Ehrenamt: ja: Art: _____ nein

nebenberufliche selbständige Tätigkeit: ja: Art: _____ Umsatz p.a.: _____ nein

Risikosport (z.B. Fallschirmspringen) oder ebensolche Hobbies: ja: _____ nein

krankenversichert bei: _____

Ich/Wir habe/n Interesse an einer:

| | | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Risikolebensversicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden | Kfz-Versicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden |
| Berufsunfähigkeitsvers. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden | Mofa-Versicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden |
| Erwerbsunfähigkeitsvers. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden | Bootsversicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden |
| private Rentenversicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden | Gebäudeversicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden |
| Riesterrente | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden | Elementarversicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden |
| Rüruprente | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden | Hausratversicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden |
| Pflegezusatzversicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden | Glasversicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden |
| Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden | Rechtsschutzvers. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden |
| Krankentagegeld | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden | Bausparvertrag | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden |
| Krankenzusatzversicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden | Baufinanzierung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden |
| Auslandsreisekrankenvers. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden | Aktien-/Rentenfonds | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden |
| Unfallversicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden | Notgroschen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden |
| Privathaftpflichtversicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden | vermögenswirksame L. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden |
| Tierhalterhaftpflichtvers. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden | Grundfähigkeitsvers. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden |
| Absicherung schwere Krankheiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden | | | | |

Sonstiges: _____

Für meine/unsere Kinder:

| | | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Berufsunfähigkeitsvers. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden | Invalideitätsvers. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden |
| Unfallversicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden | Krankenzusatzvers. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden |
| Absicherung schwere Krankheiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden | Ausbildungsvers. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden |
| | | | | Pflegezusatzvers. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> vorhanden |

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

Ich/Wir habe/n noch weitere Verträge und möchte/n, dass Sie diese überprüfen. ja nein

Ich/Wir möchte/n ausschließlich mit den Verträgen, die zur Zeit in Ihrer Betreuung sind, von Ihnen betreut werden. ja nein

Ich/Wir möchte/n Angebote zu folgenden Versicherungen: _____

Sonstiges/Wichtiges: _____

Mir ist bewusst, dass durch fehlende/unrichtige Angaben eine optimale Beratung nicht möglich ist. Sollten sich Änderungen ergeben oder ich/wir ein Angebot zu einer Versicherung wünschen, werde/n ich/wir Sie benachrichtigen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten unterliegt dem Datenschutz (vgl. §§3,4 BDSG).

Ort, Datum

Unterschrift/en