

## Persönliche Versicherungsanalyse

<b>PERSÖNLICHE ANGABEN</b>		
Vorname	Name	
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort	
Geburtsdatum	Beruf	
Selbständig tätig?	( ) ja ( ) nein	
Wenn ja, Sparte	Anzahl Mitarbeiter	
Familienstand	( ) ledig ( ) verheiratet	
Wenn verheiratet, Name und Geburtsdatum des Partners		
Wenn Kinder, Namen und Geburtsdaten der Kinder		
<b>ALLGEMEINE ANGABEN</b>		
Besitzen Sie selbst genutztes Wohneigentum?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besitzen Sie vermietetes Wohneigentum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beabsichtigen Sie, in Kürze Wohneigentum zu erwerben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Kinder, die in Kürze ihre Erstausbildung beenden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Haustiere?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?		
<b>ANGABEN ZUM VERSICHERUNGSSCHUTZ:</b>		
Es bestehen Verträge zur Absicherung von (Vertragskopie ist beigelegt)		
Privathaftpflicht	<input type="checkbox"/> ja, bei	<input type="checkbox"/> nein
Tierhalterhaftpflicht	<input type="checkbox"/> ja, bei	<input type="checkbox"/> nein
Haus-/Grundbesitzerhaftpflicht	<input type="checkbox"/> ja, bei	<input type="checkbox"/> nein
Hausrat / Glas	<input type="checkbox"/> ja, bei	<input type="checkbox"/> nein
Wohngebäude	<input type="checkbox"/> ja, bei	<input type="checkbox"/> nein
Rechtsschutz	<input type="checkbox"/> ja, bei	<input type="checkbox"/> nein
Unfall	<input type="checkbox"/> ja, bei	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige	<input type="checkbox"/> ja, bei	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige		

## Persönliche Versicherungsanalyse

<b>ANGABEN ZUM VERSICHERUNGSSCHUTZ</b>					
Es bestehen Verträge zur Absicherung von Krankheit, Rente und Pflege (Vertragskopie ist beigelegt):					
Berufsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja, bei			<input type="checkbox"/> nein	
Renzahlung in Höhe von €					
Private Altersrente	<input type="checkbox"/> ja, bei			<input type="checkbox"/> nein	
Renzahlung in Höhe von €					
Risiko-Leben	<input type="checkbox"/> ja, bei			<input type="checkbox"/> nein	
Ablaufleistung in Höhe von €					
Krankenzusatz	<input type="checkbox"/> ja, bei			<input type="checkbox"/> nein	
Für die Bereiche:					
Krankenvoll	<input type="checkbox"/> ja, bei			<input type="checkbox"/> nein	
Pflegezusatz	<input type="checkbox"/> ja, bei			<input type="checkbox"/> nein	
Leistung in Höhe von €					
Sonstige	<input type="checkbox"/> ja, bei			<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> <b>Haftpflicht</b>					
<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Tierhalter	<input type="checkbox"/> Haus- und Grundbesitzer	<input type="checkbox"/> Gewässerschäden	<input type="checkbox"/> Jagd	<input type="checkbox"/> Boot
<input type="checkbox"/> <b>Wohngebäudeversicherung</b>					
Wohnung im	<input type="checkbox"/> Ein-/Zweifamilienhaus	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus	Wohnfläche in m <sup>2</sup>		
Bei Gebäudezusätzlich	Baujahr:	Wert 1914 M:	Neubauwert in €:		
Bauweise	<input type="checkbox"/> massiv/hartes Dach		<input type="checkbox"/> sonstige Bauweise:		
Neben den versicherten Gefahren Feuer, Leitungswasser, Sturm/Hagel, Einbruchdiebstahl/Raub wünsche ich die Absicherung folgender Zusatzrisiken:					
<input type="checkbox"/> <b>Hausratversicherung</b>		Anzahl der m <sup>2</sup> :			
<input type="checkbox"/> Vandalismus		<input type="checkbox"/> Elementar		<input type="checkbox"/> Glasbruch	
<input type="checkbox"/> Wertsachenentschädigung bis €		<input type="checkbox"/> Überspannungsschäden bis €		<input type="checkbox"/> Fahrraddiebstahlschäden bis €	
<input type="checkbox"/> <b>Rechtsschutz für Nichtselbständige</b>			<input type="checkbox"/> <b>Rechtsschutz für Selbständige</b>		
<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Beruf	<input type="checkbox"/> Verkehr	<input type="checkbox"/> Miete/Grundstück	<input type="checkbox"/> vermietetes Objekt	
<input type="checkbox"/> <b>Unfallversicherung</b>					
<input type="checkbox"/> Invalidität	<input type="checkbox"/> Tod	<input type="checkbox"/> Krankenhaustagegeld	<input type="checkbox"/> Rente	<input type="checkbox"/> kosmetische Operationen	