

Persönliche Versicherungsanalyse

PERSÖNLICHE ANGABEN		
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		
ALLGEMEINE ANGABEN		
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?		
ANGABEN ZUM VERSICHERUNGSSCHUTZ:		
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

ANGABEN ZUM VERSICHERUNGSSCHUTZ					
Es bestehen Verträge zur Absicherung von Krankheit, Rente und Pflege (Vertragskopie ist beigelegt):					
Berufsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja, bei		<input type="checkbox"/> nein		
	Rentenzahlung in Höhe von €				
Private Altersrente	<input type="checkbox"/> ja, bei		<input type="checkbox"/> nein		
	Rentenzahlung 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"/> Haftpflicht					
<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"/> Wohngebäudeversicherung					
Wohnung im	<input type="checkbox"/> Ein-/Zweifamilienhaus	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus	Wohnfläche in m ²		
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"/> Hausratversicherung		Anzahl der m ² :			
<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"/> Rechtsschutz für Nichtselbständige			<input type="checkbox"/> Rechtsschutz für Selbständige		
<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"/> Unfallversicherung					

Persönliche Versicherungsanalyse

<input type="checkbox"/> Invalidität	<input type="checkbox"/> Tod	<input type="checkbox"/> Krankenhaustagegeld	<input type="checkbox"/> Rente	<input type="checkbox"/> kosmetische Operationen
--------------------------------------	------------------------------	--	--------------------------------	--