

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