

Zurück per Fax an (0221) 867165
Bitte füllen Sie das Formular so vollständig wie möglich aus.

Persönliche Daten: <small>(ohne diese Angaben kann Ihre Anfrage nicht bearbeitet werden!)</small>	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Eheleute	Name, Vorname	Geburtsdatum
<i>Bitte unbedingt für evtl. Rückfragen Ihre Telefonnummer oder E-Mail-Adresse angeben!</i>			
Telefon : <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich			am besten zu erreichen :
E-Mail : <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Witwe (r) <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft		
Beruf:		Branche:	
Status:	<input type="checkbox"/> nicht selbstständig <input type="checkbox"/> selbstständig seit: ____ . ____ . ____ <input type="checkbox"/> Arbeiter(in) <input type="checkbox"/> Freiberufler(in) <input type="checkbox"/> Angestellte(r) <input type="checkbox"/> Beamter(in) <input type="checkbox"/> öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> Rentner(in) <input type="checkbox"/> Pensionär(in)		
Angaben zum Risiko des zu versichernden Objekts			
Risiko-Ort 1 /Anschrift:			
Versicherungsbeginn: ____ . ____ . 20 ____	Zahlweise:	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> ¼ j. <input type="checkbox"/> ½ j. <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> mit Lastschriftentzug	
Immobilienart:	<input type="checkbox"/> Ein-/ Zweifamilienhaus <input type="checkbox"/> Ein-/ Zweifamilienhaus - eine WE selbstgenutzt		
Wohnungseigentümergeinschaft	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> mit Gewerbeeinheit <input type="checkbox"/> Anzahl der Garagen: ____ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbebautes Grundstück Straßenfront in Metern ____ Grundstücksgröße in qm ____		
Jahres-Bruttomiet-/Pachtwert:	EUR	Anzahl der Wohneinheiten:	Anzahl der Gewerbeeinheiten:
Art der Gewerbeeinheit(en):		Gesamt-Wohnfläche:	____ qm Gesamt-Gewerbe-Nutzfläche: ____ qm
Wurden behördliche Auflagen erteilt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,	folgende:		
Vorschäden in den letzten 5 Jahren: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,	folgende:		
Ihr bisheriger Versicherungsschutz besteht bei der _____ Versicherung nach Tarif: _____ Versicherungsnummer: _____ Dort versichert seit ____ . ____ . ____ Versicherungssumme: _____ Selbstbeteiligung: _____ EUR Wurde Ihnen von Ihrer Gesellschaft gekündigt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wegen _____ Ihre aktuelle Prämie dort beträgt: _____ EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> ¼ j. <input type="checkbox"/> ½ j. <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> mit Lastschriftentzug <input type="checkbox"/> gegen Rechnung			

Risiko-Ort 2 /Anschrift:			
Versicherungsbeginn: ____ . ____ . 20 ____	Zahlweise:	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> ¼ j. <input type="checkbox"/> ½ j. <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> mit Lastschriftentzug	
Immobilienart:	<input type="checkbox"/> Ein-/ Zweifamilienhaus <input type="checkbox"/> Ein-/ Zweifamilienhaus - eine WE selbstgenutzt		
Wohnungseigentümergeinschaft	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> mit Gewerbeeinheit <input type="checkbox"/> Anzahl der Garagen: ____ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbebautes Grundstück Straßenfront in Metern ____ Grundstücksgröße in qm ____		
Jahres-Bruttomiet-/Pachtwert:	EUR	Anzahl der Wohneinheiten:	Anzahl der Gewerbeeinheiten:
Art der Gewerbeeinheit(en):		Gesamt-Wohnfläche:	____ qm Gesamt-Gewerbe-Nutzfläche: ____ qm
Wurden behördliche Auflagen erteilt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,	folgende:		
Vorschäden in den letzten 5 Jahren: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,	folgende:		
Ihr bisheriger Versicherungsschutz besteht bei der _____ Versicherung nach Tarif: _____ Versicherungsnummer: _____ Dort versichert seit ____ . ____ . ____ Versicherungssumme: _____ Selbstbeteiligung: _____ EUR Wurde Ihnen von Ihrer Gesellschaft gekündigt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wegen _____ Ihre aktuelle Prämie dort beträgt: _____ EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> ¼ j. <input type="checkbox"/> ½ j. <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> mit Lastschriftentzug <input type="checkbox"/> gegen Rechnung			

Die von Ihnen hier gemachten Angaben dienen ausschließlich zur Ermittlung eines Versicherungsangebots.
 Der Datenschutz wird ausdrücklich garantiert!