

Meine Wohnung

Risikofragebogen für eine Haushaltsversicherung



Versicherungsnehmer	Vorname, Nachname	
	Straße/Nr.	
	PLZ/Ort	
	Geburtsdatum	
	Telefonnummer	
	E-Mail-Adresse	
Wohnnutzfläche	<input type="text"/> m ²	
Ausstattung	Solide <input type="checkbox"/> Gehoben <input type="checkbox"/> Exklusiv <input type="checkbox"/>	
Mehr als 270 Tage/Jahr bewohnt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Sicherheitstüre	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Lage der Wohnung	Innerhalb des Ortsgebietes <input type="checkbox"/> Außerhalb des Ortsgebietes <input type="checkbox"/>	
Gartenhütte vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/> Versicherungssumme: <input type="text"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Selbstbehalt gewünscht?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Büro/Ordination in den Versicherungsräumlichkeiten?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wieviel m ² : <input type="text"/> m ²	
Erwerbstätige Kinder im gleichen Haushalt lebend	Ja <input type="checkbox"/> Alter: <input type="text"/> Nein <input type="checkbox"/>	
VSÖ geprüfte, gewartete Alarmanlage	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	



Glas – größte Scheibe?	_____ m ²		
Besondere Wertgegenstände	Antiquitäten	€ _____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Kunstgegenstände	€ _____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Pelze	€ _____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Teppiche	€ _____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Waffen	€ _____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Sammlungen u.zw.	€ _____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bargeld in den Vers. Räumlichkeiten	€ _____		
Schmuck in den Vers. Räumlichkeiten	€ _____		
Privat-Haftpflicht	Geltungsbereich: Europa <input type="checkbox"/> Weltweit <input type="checkbox"/>		
Tresor/Safe	Marke/Type: _____		Sicherheits-Klasse: _____
Aquarium/Wasserbetten	Vorhanden?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Fußbodenheizung	In wie vielen Räumen?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
SAT-Anlage	Vorhanden?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Balkon/Terrasse	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	wieviel m ² : _____ m ²
Elektrogeräte-Versicherung	Gewünscht?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Klimaanlage	Vorhanden?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hund/e	Anzahl?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sonst. Ausstattung?			
Datum:	Unterschrift:		