

Mein Eigenheim

Risikofragebogen für eine Eigenheimversicherung



Versicherungsnehmer	Vorname, Nachname						
	Straße/Nr.						
	PLZ/Ort						
	Geburtsdatum						
	Telefonnummer						
	E-Mail-Adresse						
Eigenheim	<input type="checkbox"/>	Einfamilienhaus	<input type="checkbox"/>	Mehrfamilienhaus			
Bauweise	<input type="checkbox"/>	Holz	<input type="checkbox"/>	Ziegel o. dgl.			
Dachung	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>	Holz	<input type="checkbox"/>	Ziegel	
Verbaute Fläche	<input type="text"/>		m ²				
Baujahr	<input type="text"/>		Letzter Umbau in:				
Hauptgebäude	Keller	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="text"/>	m ²
	Erdgeschoss	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="text"/>	m ²
	Obergeschoss 1	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="text"/>	m ²
	Obergeschoss 2	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="text"/>	m ²
	Mansarde	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="text"/>	m ²
Nebengebäude	Garage	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="text"/>	m ²
	Sonstige	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="text"/>	m ²
	Sonstige	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="text"/>	m ²
Schwimmbecken	Im Freien	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein		
	Abdeckung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein		
	im Gebäude	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein		
Fußbodenheizung – im Verhältnis der Wohnnutzfläche	<input type="checkbox"/>		Ja	<input type="checkbox"/>		Nein	
	<input type="checkbox"/>	Bis 1/3	<input type="checkbox"/>	Bis 2/3	<input type="checkbox"/>	Über 2/3	
Selbstbehalt	Gewünscht?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein		
Solaranlagen	<input type="checkbox"/>	freistehend	<input type="checkbox"/>	am Gebäude			
Gebäudeglasversicherung	Gewünscht?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein		
Ort, Datum	Unterschrift						