

# Meine Wohnung

Risikofragebogen für eine Haushaltsversicherung



Versicherungsnehmer	Vorname, Nachname		
	Straße/Nr.		
	PLZ/Ort		
	Geburtsdatum		
	Telefonnummer		
	E-Mail-Adresse		
Wohnnutzfläche		<input type="text"/>	m <sup>2</sup>
Ausstattung		<input type="checkbox"/> Solide	<input type="checkbox"/> Gehoben <input type="checkbox"/> Exklusiv
Mehr als 270 Tage/Jahr bewohnt?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sicherheitstüre		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lage der Wohnung		<input type="checkbox"/> Innerhalb des Ortsgebietes	<input type="checkbox"/> Außerhalb des Ortsgebietes
Gartenhütte vorhanden?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Versicherungssumme: <input type="text"/>
Selbstbehalt gewünscht?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Büro/Ordination in den Versicherungsräumlichkeiten?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> m <sup>2</sup>
Erwerbstätige Kinder im gleichen Haushalt lebend		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Alter: <input type="text"/>
VSÖ geprüfte, gewartete Alarmanlage		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Glas – größte Scheibe?		<input type="text"/>	m <sup>2</sup>
Besondere Wertgegenstände	Antiquitäten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> €
	Kunstgegenstände	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> €
	Pelze	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> €
	Teppiche	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> €
	Waffen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> €
	Sammlungen, usw.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> €
Bargeld in den Vers. Räumlichkeiten		<input type="text"/>	€
Schmuck in den Vers. Räumlichkeiten		<input type="text"/>	€

**IMMER GUT BERATEN**

Privat-Haftpflicht	Geltungsbereich: <input type="checkbox"/> Europa <input type="checkbox"/> Weltweit
Tresor/Safe	Marke/Type: <input type="text"/> Sicherheits-Klasse: <input type="text"/>
Aquarium/Wasserbetten	Vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Fußbodenheizung	In wie vielen Räumen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
SAT-Anlage	Vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Balkon/Terasse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="text"/> m <sup>2</sup>
Elektrogeräte-Versicherung	Gewünscht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Klimaanlage	Gewünscht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hund/e	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Anzahl: <input type="text"/>
Sonst. Ausstattung?	

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------