

Wertermittlung zur Gebäudeversicherung

Versicherungsnehmer:

| | |
|-------------------|-------------------|
| Name, Vorname: | Straße, Haus-Nr.: |
| Geburtsdatum: | PLZ, Ort: |
| Telefon (privat): | Telefon (Mobil): |
| E-Mail: | Fax: |
| Beruf: | Familienstand: |

Versicherungsort:

| | |
|-------------------|-----------|
| Straße, Haus-Nr.: | PLZ, Ort: |
|-------------------|-----------|

Angaben zum Gebäude:

| | | | |
|--|--|---|---|
| 1. Art des Gebäudes: | | | |
| <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus | <input type="checkbox"/> Zweifamilienhaus | <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus | Wohneinheiten: |
| <input type="checkbox"/> Einliegerwohnung vorhanden | <input type="checkbox"/> Nebengebäude (qm:_____) | | |
| 2. Aufbau des Gebäudes: | | | |
| <input type="checkbox"/> Keller | <input type="checkbox"/> Erdgeschoss | <input type="checkbox"/> 1.Obergeschoss | <input type="checkbox"/> 2.Obergeschoss |
| <input type="checkbox"/> Geneigtes Dach/ DG ausgebaut | <input type="checkbox"/> Geneigtes Dach/ DG nicht ausgebaut | <input type="checkbox"/> Keller ausgebaut (qm:_____) | <input type="checkbox"/> Flachdach |
| 3. Gebäudeumfang | | | |
| Baujahr: | Wohnfläche ohne Keller: | Nutzfläche Nebengebäude: | |
| Anzahl Garagen: | Anzahl Carpport: | Anzahl Stellplätze: | |

Gewünschter Versicherungsschutz:

| | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Feuer | <input type="checkbox"/> Leitungswasser |
| <input type="checkbox"/> Sturm/Hagel | <input type="checkbox"/> Elementar |

Daten der aktuellen Versicherung:

| | | |
|---|--------------------------|---------|
| Aktueller Versicherer: | Vertragsnummer: | Ablauf: |
| Anzahl Vorschäden der letzten 5 Jahre: | Höhe der Schadenzahlung: | |

Zahlweise:

| | | | |
|------------------------------------|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Gewünschte Zahlweise: | | | |
| <input type="checkbox"/> Monatlich | <input type="checkbox"/> Vierteljährlich | <input type="checkbox"/> Halbjährlich | <input type="checkbox"/> Jährlich |