



Diana Weiß
Versicherungsmaklerin

Per Mail an info@maklerbuero-weiss.de

Registriernummer: D-DOJ9-4APQ7-16

"Die Zukunft hängt davon ab, was wir heute tun." - Mahatma Gandhi -

Diana Weiß
Versicherungskauffrau IHK

Büro Hof
Fischergasse 32
95028 Hof

Fon 09281 144099 30
Fax 09281 144099 39

Firmensitz: Rückertstraße 32
08525 Plauen

info@maklerbuero-weiss.de
www.maklerbuero-weiss.de

Angebotsanforderung Wohngebäude (privat)

Angaben Versicherungsnehmer

Name, Vorname _____

Geschlecht männlich weiblich

Straße, Hausnummer _____

Beruf _____

PLZ, Ort _____

Branche _____

Geburtsdatum _____

öffentlicher Dienst

Versicherungsumfang

Feuer LW ST/H Elementar Glas

Wert 1914 _____ Mark
Gebäudewert _____ €
Baujahr _____

Risikoort

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Gebäude in Bau

Baubeginn: ____/____/____

Fertigstellung: ____/____/____

Tarifierungsmerkmale

Nutzung

Eigentümer selbst genutzt

ständig bewohnt

nicht ständig bewohnt

Einliegerwohnung

unter Denkmalschutz

Gebäudeart

Einfamilienhaus

Zweifamilienhaus

Mehrfamilienhaus

Fertighaus

Wohn-/ Geschäftsgeb.

Geschäftsgebäude

Ferien-/ Wochenendhaus

Garagen/ Carport Anzahl: ____/____

Wohneinheiten Anzahl: _____

Flachdach

Dach Holz/ Stroh

Außenwände Holz/ Stroh

Nebengebäude Anzahl: _____ Art: _____

Sanierung (wann?) Elektro: _____ Heizung: _____

Größe: _____ m² Wert: _____ €

Sanitär: _____ Dach: _____

Angaben zur Wohnfläche

Wohnfläche ges. _____ m² EG _____ m² DG _____ m²

Gewerbefläche _____ m² 1. OG _____ m² Keller gesamt _____ m²

Art d. Gewerbes _____ 2. OG _____ m² Keller Wohnfl. _____ m²

Schwimmbaden Klimaanlage Fußbodenheizung _____ % Solar-/Photovoltaikanlage _____ €

Vorvertrag

| Gesellschaft | Vertragsnummer | Beginn | Ablauf | Beitrag |
|--|--|--|------------|---------|
| Gekündigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | durch <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR | Zahlungsweise: <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> monatlich | | |
| Vorschäden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Jahr _____ | Art _____ | Höhe _____ | |

Besondere Anforderungen an den Versicherungsschutz/ Sonstige Bemerkungen: