

Analysebogen

zur Erstellung eines Analyse-Konzeptes
von Versicherungen und Krediten

DVR: 1050150

Zentrale: Mittegasse 13, 2020 Magersdorf ~ Tel.: +43 (0)676 5407660 ~ Fax: +43 (0)2952 2863

e-mail: office@hoekv.at

Internet: <http://www.hoekv.at>

Mitgliedsnummer:

Mitglied:

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____

Beruf: _____ ausgeübte Tätigkeit: _____

Geb. - Dat.: _____ männlich weiblich

Staatsbürgerschaft: _____ Sozialversicherung: _____

Mitarbeiter:

1) Darlehen:

bestehendes Darlehen **Ja** **Nein**

Darlehensart: _____ Abstatter Endfällig _____
Kreditrückzahlung derzeit: _____ Fälligkeit: 1/1 1/2 1/4 1/12
Währung: _____ Zinssatz : _____ % Fixzinsvereinbarung: Ja Nein
Gesamtbetrag: EUR _____ Restbetrag: EUR _____
Gesamtlaufzeit: _____ Jahre Restlaufzeit: _____ Jahre

© by HÖKV 2008

2) Haushaltsversicherung/Eigenheimversicherung:

Allgemeine Daten:

Versicherungsort (falls abweichend): _____

- Ein- oder Zweifamilienhaus Eigentums-, Genossenschafts-, Mietwohnung
- ebenerdig : mit Keller ohne Keller
- ebenerdig mit _____ Stockwerken: mit Keller ohne Keller
- ebenerdig mit Mansarde: mit Keller ohne Keller
- ebenerdig mit Mansarde und _____ Stockwerken: mit Keller ohne Keller

Von landwirtschaftlichen Objekten
mehr als 10 m entfernt oder durch Feuermauer getrennt? Ja Nein

Wird das Gebäude von mindestens einer Person
9 Monate pro Jahr, auch nachts über bewohnt? Ja Nein

Fertigteilhaus Ja Nein

Bauweise: Hauptgebäude: massiv/hart Holz Nebengebäude: massiv/hart Holz

bebaute Fläche (m²): _____ Wohnnutzfläche (m²): _____

© by HÖKV 2008

2.1) Eigenheimversicherung:

bestehende Versicherung Ja Nein

Versicherung: _____ Polizzen Nr.: _____

Vers. Beginn: _____ Vers. Ablauf: _____ Versicherungssumme: _____

Zahlweise: 1/1 1/2 1/4 1/12 Prämie laut Zahlweise: _____

Deckungsumfang:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Brand, Blitzschlag, Explosion und Flugzeugabsturz | <input type="checkbox"/> Sturm, Hagel und Schneedruck |
| <input type="checkbox"/> Felssturz, Steinschlag und Erdbeben | <input type="checkbox"/> Muren, Lawinen und Dachlawinen |
| <input type="checkbox"/> Niederschlags- und Schmelzwasser im Gebäudeinneren | <input type="checkbox"/> Rückstau, Hochwasser und Erdbeben |
| <input type="checkbox"/> Leitungswasser aus Rohrleitungen, Zentral-, Fußbodenheizung | |
| <input type="checkbox"/> Wasser aus Schwimmbecken und Aquarien | <input type="checkbox"/> indirekter Blitzschlag |
| <input type="checkbox"/> Kostenersatz Bruchschäden an Rohrleitungen von Zentral-, Fußbodenheizung | |
| <input type="checkbox"/> Kostenersatz Frostschäden an Rohrleitungen von Zentral-, Fußbodenheizung | |
| <input type="checkbox"/> Kosten für die Beseitigung von Verstopfungen und Dichtschäden | |
| <input type="checkbox"/> Haus- und Grundbesitzhaftpflicht | Versicherungssumme: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bauherrenhaftpflicht | <input type="checkbox"/> Hundehaftpflicht |
| <input type="checkbox"/> Schäden an der Grundstücksbegrenzung | <input type="checkbox"/> Umweltschäden |
| <input type="checkbox"/> Kostenersatz für Aufräumungs- und Abbrucharbeiten | <input type="checkbox"/> Ersatzmietwohnung |
| <input type="checkbox"/> Kostenersatz für Entsorgung von Sondermüll | <input type="checkbox"/> Mehrkosten durch Behördenauflagen |
| <input type="checkbox"/> Wertanpassung durch Indexsteigerung | <input type="checkbox"/> Unterversicherungsverzicht |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

2.2) Haushaltsversicherung:

bestehende Versicherung **Ja** **Nein**

Versicherung: _____ Polizzen Nr.: _____

Vers. Beginn: _____ Vers. Ablauf: _____ Versicherungssumme: _____

Zahlweise: 1/1 1/2 1/4 1/12 Prämie laut Zahlweise: _____

Deckungsumfang:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Brand, Blitzschlag, Explosion und Flugzeugabsturz | <input type="checkbox"/> Sturm, Hagel und Schneedruck |
| <input type="checkbox"/> Felssturz, Steinschlag und Erdbeben | <input type="checkbox"/> Muren, Lawinen und Dachlawinen |
| <input type="checkbox"/> Niederschlags- und Schmelzwasser im Gebäudeinneren | <input type="checkbox"/> Rückstau, Hochwasser und Erdbeben |
| <input type="checkbox"/> Leitungswasser aus Rohrleitungen, Zentral-, Fußbodenheizung | |
| <input type="checkbox"/> Wasser aus Schwimmbecken und Aquarien | <input type="checkbox"/> indirekter Blitzschlag |
| <input type="checkbox"/> Einbruchdiebstahl, einfacher Diebstahl, Beraubung | <input type="checkbox"/> Vandalismus nach einem Einbruch |
| <input type="checkbox"/> Glasbruch | <input type="checkbox"/> Benutzungsschäden |
| <input type="checkbox"/> Bruchschäden an Kunststoffverglasungen | <input type="checkbox"/> Bruchschäden an Ceran-Kochfeldern |
| <input type="checkbox"/> Privat- und Sporthaftpflicht VS: _____ | <input type="checkbox"/> Umweltschäden bei Privathaftpflicht |
| <input type="checkbox"/> Kostenersatz für Aufräumarbeiten | <input type="checkbox"/> Ersatzmietwohnung |
| <input type="checkbox"/> Kostenersatz für Entsorgung von Sondermüll | <input type="checkbox"/> Schloßänderungskosten |
| <input type="checkbox"/> Wertanpassung durch Indexsteigerung | <input type="checkbox"/> Unterversicherungsverzicht |
| <input type="checkbox"/> Versicherung von Tiefkühlgut | <input type="checkbox"/> Reisegepäckversicherung |
| <input type="checkbox"/> Neuwertentschädigung | <input type="checkbox"/> Selbstbeteiligung € _____,- |
| <input type="checkbox"/> Neuwertentschädigung von Tapeten, Malerei und Fußböden | |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

3) Kraftfahrzeug:

Allgemeine Daten:

Zulassungsbesitzer: _____ Geb. - Dat.: _____

Beruf: _____ männlich weiblich

Führerschein (Gruppen, Ausstellungsdatum): _____

Art des Fahrzeugs: _____ Verwendungsbestimmung: _____

Marke: _____ Type: _____ Kennzeichen: _____

Wechselkennzeichen: Ja Nein

Leasingfahrzeug: Ja Nein Leasinggeber: _____

Fahrgestellnummer: _____ Motornummer: _____

Datum der erstmaligen Zulassung: _____ Datum der Zulassung: _____

Nutzlast (kg): _____ Hubraum (cm³): _____ Leistung (kw): _____

Höchst zul. Gesamtgewicht (kg): _____ Plätze: _____ Katalysator: Ja Nein

3.1) KFZ Haftpflicht:

bestehende Versicherung Ja Nein

Versicherung: _____ Polizzen Nr.: _____

Vers. Beginn: _____ Vers. Ablauf: _____ Bonus/Malus Stufe: _____

Zahlweise: 1/1 1/2 1/4 1/12 Prämie laut Zahlweise: _____

Beobachtungszeitraum: _____

Versicherungssumme: EUR _____,--

Variante A (ohne Leihwagen) Variante B (mit Leihwagen)

Selbstbehalt: Ja (Höhe: _____) Nein

3.2) KFZ Kasko:

bestehende Versicherung Ja Nein

Versicherung: _____ Polizzen Nr.: _____

Vers. Beginn: _____ Vers. Ablauf: _____ Bonus/Malus Stufe: _____

Zahlweise: 1/1 1/2 1/4 1/12 Prämie laut Zahlweise: _____

Fahrzeug Listenpreis: _____ Vollkasko Teilkasko

Sonderausstattung: _____ _____

_____ _____

_____ _____

Fahrzeug Gesamtpreis: _____

Deckungsumfang:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Unfälle | <input type="checkbox"/> mit Selbstbehalt | <input type="checkbox"/> ohne Selbstbehalt |
| <input type="checkbox"/> Felssturz, Steinschlag | <input type="checkbox"/> mit Selbstbehalt | <input type="checkbox"/> ohne Selbstbehalt |
| <input type="checkbox"/> Erdbeben, Lawinen, Schneedruck, Hagel, | <input type="checkbox"/> mit Selbstbehalt | <input type="checkbox"/> ohne Selbstbehalt |
| <input type="checkbox"/> Hochwasser, Sturm, Überschwemmungen | <input type="checkbox"/> mit Selbstbehalt | <input type="checkbox"/> ohne Selbstbehalt |
| <input type="checkbox"/> Brand, Explosion, Blitzschlag | <input type="checkbox"/> mit Selbstbehalt | <input type="checkbox"/> ohne Selbstbehalt |
| <input type="checkbox"/> Federwild, Haustiere, Haarwild | <input type="checkbox"/> mit Selbstbehalt | <input type="checkbox"/> ohne Selbstbehalt |
| <input type="checkbox"/> Dachlawinen, Eisgebilde | <input type="checkbox"/> mit Selbstbehalt | <input type="checkbox"/> ohne Selbstbehalt |
| <input type="checkbox"/> Tierbisse an Verkabelungen | <input type="checkbox"/> mit Selbstbehalt | <input type="checkbox"/> ohne Selbstbehalt |
| <input type="checkbox"/> Schmorschäden | <input type="checkbox"/> mit Selbstbehalt | <input type="checkbox"/> ohne Selbstbehalt |
| <input type="checkbox"/> Diebstahl, Unterschlagung, Raub | <input type="checkbox"/> mit Selbstbehalt | <input type="checkbox"/> ohne Selbstbehalt |
| <input type="checkbox"/> Bruchschäden an Windschutz-, Seiten-
und Heckscheibe | <input type="checkbox"/> mit Selbstbehalt | <input type="checkbox"/> ohne Selbstbehalt |

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bruchschäden an Blinkercellonen, Heckleuchten, Außenspiegel und Scheinwerfern | <input type="checkbox"/> mit Selbstbehalt | <input type="checkbox"/> ohne Selbstbehalt |
| <input type="checkbox"/> Parkschadenversicherung | <input type="checkbox"/> mit Selbstbehalt | <input type="checkbox"/> ohne Selbstbehalt |
| <input type="checkbox"/> Vandalismusschäden | <input type="checkbox"/> mit Selbstbehalt | <input type="checkbox"/> ohne Selbstbehalt |
| <input type="checkbox"/> Gegenstände des persönlichen Bedarfs | <input type="checkbox"/> mit Selbstbehalt | <input type="checkbox"/> ohne Selbstbehalt |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> mit Selbstbehalt | <input type="checkbox"/> ohne Selbstbehalt |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> mit Selbstbehalt | <input type="checkbox"/> ohne Selbstbehalt |

Selbstbehalt: _____ % der Versicherungsleistung, min. EUR _____,—

3.3) KFZ Lenker-/Insassenunfallversicherung:

bestehende Versicherung **Ja** **Nein**

Versicherung: _____ Polizzen Nr.: _____

Vers. Beginn: _____ Vers. Ablauf: _____ Bonus/Malus Stufe: _____

Zahlweise: 1/1 1/2 1/4 1/12 Prämie laut Zahlweise: _____

3.3.1) Lenkerunfallversicherung:

bestehende Versicherung **Ja** **Nein**

Versicherungssumme: Tod: _____ Invalidität: _____

3.3.2) Insassenunfallversicherung:

bestehende Versicherung **Ja** **Nein**

Versicherungssumme:

Tod: _____ Invalidität: _____

Taggeld: _____ Heilkosten: _____

4) Unfallversicherung:

Allgemeine Daten:

Versicherung: _____ Polizzen Nr.: _____

Größe/Gewicht: _____ Beruf: _____

Zahlweise: 1/1 1/2 1/4 1/12 Prämie laut Zahlweise: _____

Vers. Beginn: _____ Vers. Ablauf: _____

Versicherte Person: _____ Geb.- Datum: _____

Üben die versicherten Personen Extremsportarten aus? (z.B. Rafting, Bungee Jumping)

Ja (welche: _____) Nein

4.1) Einzelunfallversicherung:

bestehende Versicherung Ja Nein

Versicherungssummen:

Dauerinvalidität: _____ ohne Progression bis _____ % Progression

Unfalltod: _____ Unfallkosten: _____

Spitalgeld: _____ Taggeld: _____

kosmet. Operationen: _____ Bergungs/Rückholkosten: _____

Herzinfarkt-, Schlaganfallrisiko Verrenkungen, Verstauchungen, Zerrungen

_____ _____

_____ _____

Unfall Millionenschutz:

EUR _____ Versicherungssumme, ab _____ % Invalidität

Unfallrente:

- EUR _____ pro Monat, ab _____ % Invalidität
- Rentenlaufzeit lebenslang, längstens _____ Jahre

4.2) Familienunfallversicherung:

Mitversicherte Personen:

Name:	Geb.-Datum:	Größe/Gewicht:	Beruf:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

bestehende Versicherung **Ja** **Nein**

Versicherungssummen:

- Dauerinvalidität: _____ ohne Progression bis _____ % Progression
- Unfalltod: _____ Unfallkosten: _____
- Spitalgeld: _____ Taggeld: _____
- kosmet. Operationen: _____ Bergungs/Rückholkosten: _____
- Herzinfarkt-, Schlaganfallrisiko Verrenkungen, Verstauchungen, Zerrungen
- _____ _____
- _____ _____

Unfallrente:

- EUR _____ pro Monat, ab _____ % Invalidität
- Rentenlaufzeit lebenslang, längstens _____ Jahre

Unfall Millionenschutz:

- EUR _____ Versicherungssumme, ab _____ % Invalidität

5) Rechtsschutz:

bestehende Versicherung Ja Nein

Versicherung: _____ Polizzen Nr.: _____

Vers. Beginn: _____ Vers. Ablauf: _____ Höchsthaftungssumme: _____

Zahlweise: 1/1 1/2 1/4 1/12 Prämie laut Zahlweise: _____

Mitversicherte Personen: _____ Geb.-Datum: _____

_____ Geb.-Datum: _____

Deckungsumfang:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schadenersatz-Rechtsschutz | <input type="checkbox"/> Straf-Rechtsschutz |
| <input type="checkbox"/> Allgemeiner Vertrags-Rechtsschutz | <input type="checkbox"/> Beratungs-Rechtsschutz |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsgerichts-Rechtsschutz | <input type="checkbox"/> Sozialversicherungs-Rechtsschutz |
| <input type="checkbox"/> Erb- und Familien-Rechtsschutz | <input type="checkbox"/> Schutz bei Versicherungsstreitigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Schadenersatz- und Straf-Rechtsschutz für KFZ | <input type="checkbox"/> Fahrzeug Vertrags-Rechtsschutz |
| <input type="checkbox"/> Lenker Rechtsschutz | |
| <input type="checkbox"/> Rechtsschutz für Grundstückseigentum und Miete: weitere Wohneinheiten: _____ | |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

© by HÖKV 2008

6) Tierhalterhaftpflicht:

bestehende Versicherung Ja Nein

Versicherung: _____ Polizzen Nr.: _____

Vers. Beginn: _____ Vers. Ablauf: _____ Versicherungssumme: _____

Zahlweise: 1/1 1/2 1/4 1/12 Prämie laut Zahlweise: _____

Hund: Anzahl: _____ Rufnahme: _____ Rasse: _____

Pferd: Anzahl: _____ Rufnahme: _____ Rasse: _____

© by HÖKV 2008

7) Lebens- und Pensionsversicherung:

Allgemeine Daten:

EhepartnerIn oder LebensgefährteIn:

Name: _____ Nachname: _____

Beruf: _____ ausgeübte Tätigkeit: _____

Geb. - Dat.: _____ männlich weiblich

Kinder:

Name: _____ m w Geb. - Dat.: _____

Name: _____ m w Geb. - Dat.: _____

Name: _____ m w Geb. - Dat.: _____

7.1a) Er- und Ablebensversicherung:

bestehende Versicherung **Ja** **Nein**

Versicherungsnehmer: _____ Versicherte Person: _____

Versicherung: _____ Polizzen Nr.: _____

Tarif: _____ Vers. Beginn: _____ Vers. Ablauf: _____

Erlebenssumme: _____ Ablebenssumme: _____

Auszahlungssumme bei Ablauf: _____

Zahlweise: 1/1 1/2 1/4 1/12 Prämie laut Zahlweise: _____

Zusatzabsicherung gegen schwere Krankheiten

Pensionsvariante

Fondsversicherung

Prämienfreiheit bei Berufsunfähigkeit

7.1b) Er- und Ablebensversicherung:

bestehende Versicherung **Ja** **Nein**

Versicherungsnehmer: _____ Versicherte Person: _____

Versicherung: _____ Polizzen Nr.: _____

Tarif: _____ Vers. Beginn: _____ Vers. Ablauf: _____

Erlebenssumme: _____ Ablebenssumme: _____

Auszahlungssumme bei Ablauf: _____

Zahlweise: 1/1 1/2 1/4 1/12 Prämie laut Zahlweise: _____

Zusatzabsicherung gegen schwere Krankheiten Pensionsvariante

Fondsversicherung Prämienfreiheit bei Berufsunfähigkeit

_____ _____

7.2) Versicherung auf Gegenseitigkeit (Partnerversicherung):

bestehende Versicherung **Ja** **Nein**

Versicherungsnehmer: _____ Versicherte Person: _____

Versicherung: _____ Polizzen Nr.: _____

Tarif: _____ Vers. Beginn: _____ Vers. Ablauf: _____

Erlebenssumme: _____ Ablebenssumme pro Partner: _____

Auszahlungssumme bei Ablauf: _____

Zahlweise: 1/1 1/2 1/4 1/12 Prämie laut Zahlweise: _____

Zusatzabsicherung gegen schwere Krankheiten Pensionsvariante

Fondsversicherung Prämienfreiheit bei Berufsunfähigkeit

_____ _____

7.3) Risikoversicherung:

bestehende Versicherung **Ja** **Nein**

Versicherungsnehmer: _____ Versicherte Person: _____

Versicherung: _____ Polizzen Nr.: _____

Tarif: _____ Vers. Beginn: _____ Vers. Ablauf: _____

Ablebenssumme: _____

Zahlweise: 1/1 1/2 1/4 1/12 Prämie laut Zahlweise: _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zusatzabsicherung gegen schwere Krankheiten | <input type="checkbox"/> Partnersversicherung |
| <input type="checkbox"/> Prämienfreiheit bei Berufsunfähigkeit | <input type="checkbox"/> _____ |

7.4) Kindervorsorge:

bestehende Versicherung **Ja** **Nein**

Versicherungsnehmer: _____ Versichertes Kind: _____

Versicherung: _____ Polizzen Nr.: _____

Tarif: _____ Vers. Beginn: _____ Vers. Ablauf: _____

Erlebenssumme: _____ Ablebenssumme: _____

Auszahlungssumme bei Ablauf: _____

Zahlweise: 1/1 1/2 1/4 1/12 Prämie laut Zahlweise: _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> vorzeitige Auszahlung erfolgt frühestens: | <input type="checkbox"/> nach dem _____ Lebensjahr |
| | <input type="checkbox"/> nach dem _____ Jahr der Laufzeit |
| <input type="checkbox"/> vorzeitige Auszahlung nur bei Heirat | <input type="checkbox"/> vorzeitige Auszahlung jederzeit möglich |
| <input type="checkbox"/> Zusatzabsicherung gegen schwere Krankheiten | <input type="checkbox"/> Pensionsvariante |
| <input type="checkbox"/> Fondsversicherung | <input type="checkbox"/> Prämienfreiheit bei Berufsunfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

7.3) Pensionsvorsorge:

bestehende Versicherung **Ja** **Nein**

Versicherung:

Versicherungsnehmer: _____ Versicherte Person: _____

Versicherung: _____ Polizzen Nr.: _____

Tarif: _____ Vers. Beginn: _____ Vers. Ablauf: _____

Auszahlungssumme: _____ Pensionsalter: 55 60 65 ____

mtl. Pension: _____ Prämienrückgewähr im Ablebensfall: Ja Nein

Zahlweise: 1/1 1/2 1/4 1/12 Prämie laut Zahlweise: _____

Zusatzabsicherung gegen schwere Krankheiten Fondsversicherung

Prämienfreiheit bei Berufsunfähigkeit _____

_____ _____

Bank:

Bank : _____ Vertrags Nr.: _____

Fondssparplan: Laufzeit: _____ Jahre mtl. Prämie: _____

mtl. Pension: _____ Prämienrückgewähr im Ablebensfall: Ja Nein

Risikobereitschaft: konservativ ausgewogen wachstumsorientiert

Bank : _____ Vertrags Nr.: _____

Pensionsprogramm: Laufzeit: _____ Jahre mtl. Prämie: _____

mtl. Pension: _____ Prämienrückgewähr im Ablebensfall: Ja Nein

8) Bausparverträge:

bestehender Bausparvertrag **Ja** **Nein**

Bausparkasse: _____ Vertrags Nr.: _____

Vertragsinhaber: _____ Vertragssumme: _____

Tarif: _____ Vertragsbeginn: _____ Vertragsablauf: _____

Zahlweise: 1/1 1/2 1/4 1/12 Prämie laut Zahlweise: _____

weitere Bausparverträge:

Bausparkasse: _____ Vertrags Nr.: _____

Vertragsinhaber: _____ Vertragssumme: _____

Tarif: _____ Vertragsbeginn: _____ Vertragsablauf: _____

Zahlweise: 1/1 1/2 1/4 1/12 Prämie laut Zahlweise: _____

Bausparkasse: _____ Vertrags Nr.: _____

Vertragsinhaber: _____ Vertragssumme: _____

Tarif: _____ Vertragsbeginn: _____ Vertragsablauf: _____

Zahlweise: 1/1 1/2 1/4 1/12 Prämie laut Zahlweise: _____

Bausparkasse: _____ Vertrags Nr.: _____

Vertragsinhaber: _____ Vertragssumme: _____

Tarif: _____ Vertragsbeginn: _____ Vertragsablauf: _____

Zahlweise: 1/1 1/2 1/4 1/12 Prämie laut Zahlweise: _____

9) Krankenversicherung:

bestehende Versicherung **Ja** **Nein**

Versicherung: _____ Polizzen Nr.: _____

Tarif: _____ Vers. Beginn: _____ Vers. Ablauf: _____

Zahlweise: 1/1 1/2 1/4 1/12 Prämie laut Zahlweise: _____

Mitversicherte Personen:

Name:	Geb.-Datum:	Größe/Gewicht:	Beruf:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sonderklasse/Einbettzimmer | <input type="checkbox"/> Sonderklasse/Mehrbettzimmer |
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus Taggeld | <input type="checkbox"/> Krankengeld |
| <input type="checkbox"/> Ambulante Tarife | <input type="checkbox"/> Kostenübernahme für Heilbehelfe |
| <input type="checkbox"/> Kostenübernahme für Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Kostenübernahme für Kuraufenthalte |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Selbstbehalt: Ja (Höhe: _____) Nein

© by HÖKV 2008

Ich (Wir) bin (sind) damit einverstanden, daß meine (unsere) im Zusammenhang mit der Erstellung eines Analyse-Konzeptes von Versicherungen und Krediten stehenden Daten von Ihnen an entsprechende Unternehmen, das sind insbesondere Versicherungen, Versicherungsagenten und –makler, Vermögensberater sowie Kreditunternehmen, übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift

© by HÖKV 2008