

**Beratung durch:**

artemis Versicherungsmakler GmbH  
Am Felde 132 • 22765 Hamburg  
Tel.: 040/ 3808935-100 • Fax: 040/ 3808935-101  
info@artemis-makler.de  
http://www.artemis-makler.de

**Versicherungsnehmer:**

**Persönlicher Ansprechpartner:**

<b>1. Allgemein</b>	
1.1. Sind Sie im öffentlichen Dienst beschäftigt / Beamter?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1.2. Üben Sie oder mitversicherte Personen nebenberufliche (auch selbständige) Tätigkeiten aus?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , Risikoerfassung Betriebe nutzen. <input type="text"/>
1.3. Haben Sie volljährige Kinder, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden und auf die Fahrzeuge zugelassen sind?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , bitte Fahrzeugkennzeichen und Typ nennen: <input type="text"/>
<b>2. Fahrzeuge die auf die mitversicherten Personen zugelassen sind:</b>	
2.1. Anzahl und Kennzeichen der Pkw, Kombi, Onnibusse bis 9 Sitze, Wohnmobile:	<input type="text"/> Kennzeichen: <input type="text"/>
2.2. Anzahl und Kennzeichen der Nutzfahrzeuge bis 4 t:	Anzahl: <input type="text"/> Kennzeichen: <input type="text"/>
2.3. Anzahl und Kennzeichen der Zweiräder mit amtlichen Zulassungskennzeichen:	Anzahl: <input type="text"/> Kennzeichen: <input type="text"/>

2.4. Anzahl und Kennzeichen der Zweiräder mit Versicherungskennzeichen:	<input type="text"/> Kennzeichen: <input type="text"/>
2.5. Anzahl und Kennzeichen der Anhänger:	<input type="text"/> Kennzeichen: <input type="text"/>
<b>3. Besonderheiten</b>	
3.1. Liegen weitere besondere und ungewöhnliche Risikosituationen vor, nach denen bis jetzt nicht ausdrücklich gefragt wurde?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
3.2. Beabsichtigen Sie in nächster Zeit Aufenthalte im außereuropäischen Ausland?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , Dauer und Aufenthaltsort angeben <input type="text"/>
<b>4. Vorversicherung</b>	
4.1. Besteht oder bestand eine Vorversicherung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, Gesellschaft <input type="text"/> Vers.Nr <input type="text"/> Ablauf <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Kündigung erfolgt durch <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer Selbstbeteiligung <input type="text"/> Euro
4.2. Anzahl, Art und Höhe der Vorschäden in den letzten 5 Jahren - auch unversicherte	<input type="checkbox"/> keine <input type="text"/>
<b>5. Vertragsgestaltung</b>	
5.1. Gewünschte generelle Selbstbeteiligung	<input type="text"/> Euro
5.2. Gewünschte Zahlweise und Zahlungsart	<input type="checkbox"/> per Rechnung <input type="checkbox"/> per Lastschrift <input type="checkbox"/> 1/1- <input type="checkbox"/> 1/2- <input type="checkbox"/> 1/4- <input type="checkbox"/> 1/12- jährlich

<p><b>6. Wird weiterer Versicherungsschutz gewünscht:</b>                  Privat-Rechtsschutz                  Berufs-Rechtsschutz                  Rechtsschutz für Grundstückeigentum und Miete                  Fußgänger-Rechtsschutz                  Private Haftpflichtversicherung</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                  Wenn <b>ja</b>, welcher?  <input type="text"/></p>
<p><b>7. Sonstige Hinweise, Bemerkungen</b></p>	<input type="text"/>
<p><b>8. Einverständniserklärung zur Datenweitergabe und Belehrung</b></p>	<input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>
<p>_____                  Datum, Unterschrift des Versicherungsmaklers</p>	<p>_____                  Datum, Unterschrift des Kunden</p>
<p><b>Interne Notizen</b></p>	
<p>Mitarbeiter: <input type="text"/>                  Datum : <input type="text"/>                  Uhrzeit: Von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben  <input type="checkbox"/> persönliche Besprechung  <input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden  <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>