

Wünsche und Bedürfnisse - Betrieblicher Bereich

Name, Geb. Datum und FNR: _____

Ich (wir) wünsche(n) Versicherungsschutz bzw. Änderung des bestehenden Versicherungsschutzes für den betrieblichen Bereich.

Betriebliche Vorsorge	Ja	Nein	Anmerkungen
Firmenpension/-zusage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Berufsunfähigkeitspension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zukunftsvorsorge § 3.1.15 EStG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abfertigungsvorsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mitarbeitervorsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Selbstständigen-Vorsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kreditversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Unternehmensbesitz	Ja	Nein	Anmerkungen
Sachversicherung Gebäude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sachversicherung Inhalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Betriebsunterbrechung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Extended Coverage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transport-/Montageversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Technische Versicherungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Vermögensabsicherung	Ja	Nein	Anmerkungen
Betriebshaftpflicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Betriebsrechtsschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bauwesenversicherung/Bauherrenhaftpflicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Directors-and-Officers-Versicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Warenkreditversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Umwelthaftung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cyber-Risiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Kfz - Fuhrpark	Ja	Nein	Anmerkungen
Kfz-Haftpflicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kfz-Vollkasko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kfz-Teilkasko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kfz-Rechtsschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Insassenunfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Weitere Wünsche und Bedürfnisse

Bitte unbedingt ausfüllen!

Achtung:

Jede der folgenden Veränderungen, die sich zukünftig ergeben können, sind uns unbedingt unverzüglich bekanntzugeben, damit keine Deckungslücken in Ihrem Versicherungsschutz bzw. in dem Ihrem Unternehmen entstehen.

Ort, Datum

Unterschrift Kunde