Finanzieller Fragebogen für Existenzgründer

| Angaben zur versicherten Person | | | | |
|---|--|--|---|--|
| Versicherungsantrag Nr.: | | | | |
| Zu versichernde Person: | | | | |
| Belehrung über Ihre vorvertragliche Anz | reigepflicht | | | |
| Bitte beachten Sie diesen Hinweis vor E Sie sind gesetzlich verpflichtet, uns vo wahrheitsgemäß und vollständig anzu wahrheitsgemäße und vollständige Be Sie keine oder nur eine geringe Bedeu andere versicherte Person die gestellt Versicherungsschutz, denn dies kann o rückwirkend verlieren oder dass später | r Vertragsschluss alle Ihner igeben. Soll eine andere P iantwortung der Fragen ver itung haben oder die noch ten Fragen nicht wahrheit: dazu führen, dass Sie Ihren | n bekar Person v rantwo n nicht sgemäß Versic | nnten Umstände zu je versichert werden, ist rtlich. Dazu zählen at die Schwere einer Kr B oder nicht vollständ herungsschutz durch | t auch diese – neben Ihnen – für die uch Umstände, die möglicherweise für ankheit aufweisen. Falls Sie oder eine dig beantworten, gefährden Sie Ihren Rücktritt, Kündigung oder Anfechtung |
| Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie Hinweise auf die Folgen einer Anzeige Vertragsvorschlag. | | | | |
| Zu meinem Antrag gebe ich folgende er | gänzende Erklärung ab: | | | |
| Angaben zur Beruf und Ausbildung | | | | |
| Schulabschluss | | | Hauptschule Realschule Gymnasium | |
| | | Ш | Keiner | |
| Abgeschlossene Ausbildung: | | | Nein | |
| Falls ja: Welche Ausbildung und wann? | , | Ш | Ja | |
| Abgeschlossenes Studium | | | Nein Ja | |
| Falls ja: Welches Studium und wann? | | | | |
| Zusatzqualifikationen | | | Nein Ja | |
| Falls ja: Welche Qualifikation und wann | 1? | | | |
| (Berufsbezeichnung): | Bei Firma: | Von | bis | Letztes Bruttojahreseinkommen |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Letzte berufliche Tätigkeit/Arbeit vor de | | 1 | | |
| (Berufsbezeichnung): | Bei Firma: | Von | bis | Letztes Bruttojahreseinkommen |

An: Risikoprüfung Telefon: + 49 [0] 221 144-3440 E-Mail: risikopruefung@hdi.de

| Handelt es sich um Ih Existenzgründung/Fir | | | NeinJa | | | | |
|--|------------------------|---|-----------------------------------|---|----------|---------|--|
| Falls nein: Bitte mach früheren Firma | nen Sie genaue Angabe | n zu der | | | | | |
| Bitte geben Sie Name | e und Branche an. | | | | | | |
| Existenzgründung/Fir Selbstständigkeit: | mengründung/Aufnahr | me der | | Geplant zum: Erfolgt mit Dat | tum vom: | | |
| Grund der Selbststän | digkeit: | | | | | | |
| Welche Unternehmer | nsform wurde gewählt? |) | | Einzelfirma GbR GmbH Sonstige: | | | |
| Erfolgte eine Eintragung ins Handelsregister? | | | ☐ Nein ☐ Ja | | | | |
| Falls ja: Wann? | | | | | | | |
| Erfolgte eine Gewerbeanmeldung? | | ☐ Nein ☐ Ja | | | | | |
| Falls ja: Wann? | | | | | | | |
| Name der Firma: | | | | | | | |
| Branche: | | | | | | | |
| Sind weitere Personen an der Firma beteiligt: | | ☐ Nein ☐ Ja | | | | | |
| Falls ja: Welche? | | | 74 | | | | |
| Höhe des Startkapitals: | | | | | | | |
| | | | Davon | Eigenkapital ii | n % | | |
| | | Davon Darlehen % bei der Bank | | | | | |
| | | | Davon | Sonstiges | % bei | | |
| Gibt es ein Gründungskonzept? (Bitte Kopie beifügen) | | ☐ Nein ☐ Ja | | | | | |
| Wer hat das Gründungskonzept erstellt? | | ☐ Bank ☐ Wirtschaftsberater ☐ Sonstige: | | | | | |
| Erwarteter Umsatz | und Gewinn in den erst | ten Jahren: | | | | | |
| Ilmeata: | 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | | 4. Jahr | 5. Jahr | |
| Umsatz: | | | | | | | |
| Gewinn: | | | | | | | |

An: Risikoprüfung Telefon: + 49 [0] 221 144-3440 E-Mail: risikopruefung@hdi.de

| Bitte reichen Sie uns Angaber möchten, unverzüglich und so Angaben? (Bitte immer beam | chriftlich nach. Folgen noch weitere | Zusätzliche Angaben sind b Alles vollständig - es folgen Es folgen noch Angaben Anzahl Extrablätter: | 3 3 |
|---|---|--|---|
| bekannt, dass der Versichere oder den Vertrag rückwirker | er bei unvollständiger oder falscher nd anpassen und im Schadenfall ei | Fragen vollständig und wahrheitsger Beantwortung der Fragen vom Vertr ne eventuelle Versicherungsleistung ger Täuschung anfechten und eine ev | ag zurücktreten, ihn kündigen kürzen oder verweigern kann. |
| Ort, Datum | Unterschrift des Versicherungsnehmers | Unterschrift der zu versichernden Person (falls nicht Versicherungsnehmer) | Unterschrift(en) ges. Vertreter |

An: Risikoprüfung Telefon: + 49 [0] 221 144-3440 E-Mail: risikopruefung@hdi.de