



Strein Versicherungs KG  
Kärntner Str. 381a/2, 8054 Graz  
+43 664 2313616 office@streich-versicherung.at  
FN619658m GISA 36959662

**Kundeninformation und  
Beratungsprotokoll**  
aufgrund der Bedarfserhebung

### **Vermittlung in Form von: Versicherungsagent für folgende Versicherungsunternehmen**

Partner der Vienna Insurance Group AG, Zürich Vers. AG, Generali Vers. AG, D.A.S. Rechtsschutz Produktmarke der Ergo Vers. AG, HDI Hannover Vers. AG, Ergo Vers. AG, Helvetia Vers. AG, ARAG Österr. Allgem. Rechtssch. Vers. AG, Merkur Vers. AG, WWK Lebensvers. a.G., Allianz Elementar Lebensvers. AG, Allianz Elementar Vers. AG, MuKi Vers. Verein a.G., Ärzte Service Dienstleistung GmbH., Europa LV AG, Continentale Assekuranz Service GmbH., Europäische Reisevers. AG., Hanse Merkur Reisevers. AG;

Beschwerden über den Berater können beim Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort eingebracht werden. Der Berater ist weder direkt noch indirekt an einem Versicherungsunternehmen beteiligt, noch hält ein Versicherungsunternehmen am Unternehmen des Beraters eine direkte Beteiligung von mehr als 10 %.

### **Beratungsdienstleistung**

Die Beratung erfolgt vertraglich gebunden im Namen und auf Rechnung der angeführten Versicherungsunternehmen.

Die Beratung erfolgt nicht auf Grund einer ausgewogenen Marktuntersuchung, sondern beschränkt sich ausschließlich auf die von den genannten Versicherungsunternehmen angebotenen Produkte.

### **Vergütung**

Die Vergütung erfolgt als Provision, welche in der Versicherungsprämie enthalten ist. Zahlungen nach Abschluss des Vertrages durch den Kunden sind nicht vorgesehen.

### **Kunde**

Familienname, Vorname, Titel bzw. Firmenname

Geburtsdatum bzw. Firmenbuch

Anschrift: Straße, Hausnummer, Stiege, Tür

Staatsbürgerschaft

PLZ

Ort

Erwerbsart

Gesprächspartner bei Firmen, Organisationen

Beruf

Erstertermin

Folgetermin

Beratungsanlass:

Die persönliche Kundensituation hat sich seit unserem letzten Beratungstermin geändert:

Beratungstermin

TT.MM.JJJJ

#### Information des Versicherers

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben sind wir verpflichtet, Ihren Versicherungsbedarf zu erheben und Sie im Sinne einer persönlichen Empfehlung zu beraten. Lehnen Sie eine umfangreiche Risikoanalyse ab oder geben Sie Informationen nicht vollständig an, ist eine Ihrem Bedarf entsprechende Beratung nicht oder nur eingeschränkt möglich.

#### Risikoanalyse - Angaben des Kunden (für natürliche Personen)

##### Lebenssituation

- Single     Partnerschaft/im gem. HH lebend  
 Partnerschaft/nicht im gem. HH     verwitwet

Anzahl der Kinder

##### Monatliches Haushalts-Nettoeinkommen

- bis €1.200,--     bis €2.000,--     bis €3.000,--     über €3.000,--     keine Angabe

#### Freizeit/Hobby bzw. Risikoanalyse für Firmen/Organisationen

##### Betriebsart bzw. Art des Vereins

Anzahl der Mitarbeiter bzw. Vereinsmitglieder

#### Bestehende Versicherungslösungen

Unternehmen	Polizzennummer	Sparte	Beginn	Prämie
Notizen:				
Notizen:				
Notizen:				
Notizen:				

Polizzenservice durchführen

nicht gewünscht

### Der Kunde wünscht Beratung zu folgenden Themen

<input type="checkbox"/> Leben & Risiko	<input type="checkbox"/> Gesundheit	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Pflege	<input type="checkbox"/> Betrieb
<input type="checkbox"/> Wohnen	<input type="checkbox"/> Rechtsschutz	<input type="checkbox"/> Reise	<input type="checkbox"/> KFZ	<input type="checkbox"/> Freizeit

Sonstige Themen

Wünscht keine weiteren Sparten

### Der Kunde interessiert sich konkret für folgende Versicherungslösungen

Person	ja	nein	best.	Finanzen	ja	nein	best.
a) Pensionsvorsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a) Bausparen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vermögen/Sparen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) Leasing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Kindervorsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ablebensvorsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
e) Gesundheitsvors.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
f) Unfallvorsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
g) Berufsunfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
h) Pflegevorsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
i) Assistance Leistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Wohnen	ja	nein	best.	Mobilität	ja	nein	best.
a) Eigenheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a) KFZ Haftpflicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Haushalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) KFZ Teilkasko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Rechtsschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) KFZ Vollkasko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Privathaftpflicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) KFZ Rechtsschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Berufshaftpflicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) Insassen UV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Tierhalterhaftpf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f) Lenkerschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Betriebsrechtssch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g) Assistance Leistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Assistance Leistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sonstiges	ja	nein	best.	Unternehmen	ja	nein	best.
a) Unbebaute Grundst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a) Betr. Personenvors.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Reiseversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) Absicherung Betrieb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Weitere vom Kunden gewünschte Informationen

Aufgrund Ihrer Angaben und Wünsche empfehle ich Ihnen beiliegende Versicherungslösungen

### Empfohlene Versicherungslösungen und Begründung

### Versicherungsschutz, der trotz Empfehlung nicht gewünscht wird

### Anmerkung (z. B. nicht versicherbare Risiken)

### Kundenerklärung

Ich habe dieses Beratungsprotokoll gelesen und bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir gemachten Angaben. Es wurden keine mündlichen Nebenabreden getroffen.

Sämtliche mir empfohlene Produkte entsprechen hinsichtlich Art und Umfang des Versicherungsschutzes und der hierfür zu zahlenden Versicherungsprämie am besten meinen Wünschen und Bedürfnissen.

Das Beratungsprotokoll und die entsprechenden Angebote bzw. Antragskopien mit den Details zum gewünschten Versicherungsschutz wurden mir übergeben bzw. übermittelt.



#### Ich nehme eine Beratung nicht in Anspruch.

Damit nehme ich ausdrücklich zur Kenntnis, dass nicht beurteilt werden kann, ob die von mir gewählten Produkte hinsichtlich Art und Umfang des Versicherungsschutzes und der hierfür zu zahlenden Versicherungsprämien am besten meinen Wünschen und Bedürfnissen entsprechen.

---

Unterschrift Kunde

Ort, Datum

Unterschrift Berater