

Zurück per Fax an (0221) 867165
Bitte füllen Sie das Formular so vollständig wie möglich aus.

Persönliche Daten: (ohne diese Angaben kann Ihre Anfrage nicht bearbeitet werden!)	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Name, Vorname		Geburtsdatum
	<i>Bitte unbedingt für evtl. Rückfragen Ihre Telefonnummer oder E-Mail-Adresse angeben!</i>			
	Tel.:	am besten zu erreichen :		
	E-Mail :			
	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Witwe (r) <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft	Kinder (Name, Vorname)	Geb-Datum

Gewünschter Versicherungsumfang:	<input type="checkbox"/> Risikoversicherung mit konstanter Versicherungssumme ¹⁾	<input type="checkbox"/> Risikoversicherung mit um ____ % fallender Versicherungssumme ²⁾	<input type="checkbox"/> Risikoversicherung auf verbundene Leben ³⁾	<input type="checkbox"/> Risikoversicherung mit annuitätisch fallender Versicherungssumme ⁴⁾ Zinssatz: _____ % Tilgungsweise: _____ anfängliche Tilgung: ____ % Tilgungsfreie Jahre: _____
---	---	--	--	---

Versicherungssumme:	EUR	Abweichende Todesfallsumme:	EUR
Zusatzversicherungen:	<input type="checkbox"/> mit Unfalltod-Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> mit Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit		
	<input type="checkbox"/> mit Berufsunfähigkeitsrente	EUR monatlich	für <input type="checkbox"/> VP 1 <input type="checkbox"/> VP 2
Versicherungsdauer:	Jahre	Beitragszahldauer:	Jahre
Gewünschte Zahlweise:	<input type="checkbox"/> Jährlich <input type="checkbox"/> 1/2jährlich <input type="checkbox"/> 1/4jährlich <input type="checkbox"/> monatlich <small>Wir schlagen eine jährliche Beitragszahlung vor. Sie sparen dadurch Ratenzahlungszuschläge bis zu 5%.</small>	Versicherungsbeginn:	_____ . _____ . 20____

Erläuterungen:

- 1) Die Risikolebensversicherung mit konstanter Versicherungssumme dient allein der finanziellen Absicherung der Angehörigen des Versicherten. Sie ist nicht mit einem Kapitalaufbau z.B. für die Altersvorsorge verbunden. Im Todesfall des Versicherten während der Laufzeit wird die vereinbarte Versicherungssumme an die Begünstigten gezahlt.
- 2) Die Risikolebensversicherung mit fallender Versicherungssumme dient der Absicherung eines Darlehens. Ihre Versicherungssumme fällt daher entsprechend der Tilgung. Im Todesfall des Versicherten während der Vertragslaufzeit wird mit der erreichten Versicherungssumme das Darlehen getilgt.
- 3) Die Risikolebensversicherung auf verbundene Leben dient allein der finanziellen Absicherung der Angehörigen der beiden Versicherten. Mit einem Vertrag werden zwei Personen z.B. Eltern abgesichert. Problematisch ist, dass beim gleichzeitigen Tod z.B. durch einen Unfall nur die einfache Summe ausgezahlt wird. Nach dem Tod eines der beiden Versicherten wird die Versicherungssumme ausgezahlt und der Vertrag erlischt. In vielen Fällen sind daher zwei getrennte Risikolebensversicherungen zu empfehlen.
- 4) Die Risikolebensversicherung mit annuitätisch fallender Versicherungssumme ist als Restschuldversicherung ideal um eine Hypothek abzuschließen. Der Versicherungsschutz passt sich Jahr für Jahr an das Restdarlehen an. Änderungen (z.B. nach Ablauf der Zinsfestschreibung) können zum nächsten Jahrestag der Versicherung vorgenommen werden.

Angaben zum Gesundheitsbild: (* ggf. Beiblatt beifügen!)

Bitte beachten Sie: Alle bereits vorhandenen Erkrankungen oder Gebrechen, die nicht vollständig ausgeheilt sind, werden vom Versicherungsschutz ausgenommen oder können zu einem Risikozuschlag führen.

1. Versicherte Person (VP 1)

2. Versicherte Person (VP 2)

Familiename:	Familiename:
Vorname:	Vorname:
Geb. Datum:	Geb. Datum:
Beruf:	Beruf:
Branche:	Branche:
Status: <input type="checkbox"/> nicht selbstständig <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Angestellte(r) <input type="checkbox"/> Beamter(in) <input type="checkbox"/> öffentlicher Dienst	Status: <input type="checkbox"/> nicht selbstständig <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Angestellte(r) <input type="checkbox"/> Beamter(in) <input type="checkbox"/> öffentlicher Dienst
Akadem. Grad:	Akadem. Grad:
Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg	Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

1. Versicherte Person (VP 1)**2. Versicherte Person (VP 2)**

Haben in den letzten 10 Jahren ärztliche Beratungen/Untersuchungen/ Behandlungen stattgefunden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte genau erläutern / Diagnose, Art und Dauer der Behandlung, bestehen noch Symptome / Beschwerden) *	
Haben in den letzten 10 Jahren <u>stationäre</u> ärztliche Behandlungen / Krankenhaus- / Kuraufenthalte stattgefunden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte genau erläutern / Diagnose, Art und Dauer der Behandlung, bestehen noch Symptome / Beschwerden) *	
Haben in den letzten 5 Jahren psychotherapeutische Behandlungen stattgefunden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte genau erläutern) *	
Bestehen Fehler körperlicher oder geistiger Art / Behinderungen / Anomalien? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte genau erläutern) *	
Besteht eine Fehlsichtigkeit?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Dioptrien Links: _____ Rechts: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Dioptrien Links: _____ Rechts: _____
Nehmen Sie regelmäßig Alkohol, Drogen und/oder <u>Arzneimittel</u> zu sich? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte genau erläutern) * (Bitte ggf. Medikamentenbezeichnung, Dosierung und Häufigkeit der Einnahme angeben)	
Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Gefahrenerhöhende Hobbys (z.B. Motorradfahrer(in), Taucher(in) etc.) / Tätigkeiten (z.B. Freiwillige Feuerwehr)	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte genau erläutern) *	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte genau erläutern) *
Nichtraucher: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, ich rauche täglich _____ Stck. <input type="checkbox"/> Zigaretten <input type="checkbox"/> Zigarren <input type="checkbox"/> Pfeife <input type="checkbox"/> _____	Nichtraucher: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, ich rauche täglich _____ Stck. <input type="checkbox"/> Zigaretten <input type="checkbox"/> Zigarren <input type="checkbox"/> Pfeife <input type="checkbox"/> _____

Die von Ihnen hier gemachten Angaben dienen ausschließlich zur Ermittlung eines Versicherungsangebots.
Der Datenschutz wird ausdrücklich garantiert!