

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)	

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"/> Kapitalbildende Lebensversicherung ⁴⁾ <input type="checkbox"/> auf verbundene Leben

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 Dynamik: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
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>

Erläuterungen:

- 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.
- 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.
- 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.
- Die Kapitallebensversicherung dient der Absicherung der Angehörigen des Versicherten und dem Ansparen eines Kapitalbetrages z.B. zur zusätzlichen Altersvorsorge. Stirbt der Versicherte während der Vertragslaufzeit, wird die vereinbarte Versicherungssumme (z.T. zuzüglich einer Überschussbeteiligung) gezahlt, erlebt er den Ablauf kommt die vereinbarte Versicherungssumme zuzüglich einer in ihrer Höhe nicht garantierten Überschussbeteiligung zur Auszahlung. Diese Versicherung kann auch auf verbundene Leben (siehe 3.) abgeschlossen 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)

Familiennamen:		Familiennamen:	
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
Akademischer Grad:		Akademischer 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!