

Angebotsanforderung

Lebensversicherung

Berufsunfähigkeitsversicherung



Assekuranzservice AG

Angaben zum Vermittler

Vermittler: _____ Datum: _____

E-Mail: _____ Vermittler-Nr.: _____

Telefon für Rückfragen: _____

Versicherungsnehmer

Firma: _____ Rechtsform: _____

Anrede: Frau Herr Titel: _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____ Geschlecht: männlich weiblich

PLZ, Ort: _____

Persönliche Daten der versicherten Person

Anrede: Frau Herr Titel: _____

Name, Vorname*: _____ Geburtsdatum*: _____

Straße, Hausnummer: _____ Geschlecht*: männlich weiblich

PLZ, Ort: _____

Familienstand: ledig verheiratet geschieden Anzahl der Kinder: _____

Raucher: ja nein

Akademiker: ja nein Körpergröße in cm: _____

Motorradfahrer: ja nein Gewicht in kg: _____

Jahresbruttoeinkommen in €: _____ Bundesland: _____

E-Mail (privat): _____ Telefon (privat): _____

E-Mail (geschäftlich): _____ Telefon (geschäftlich): _____

Bevorzugte Kommunikation: _____ Telefax: _____

* Für jede Berechnung erforderliche Pflichtfelder.

2. versicherte Person (optional)

Anrede: Frau Herr Titel: _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____ Geschlecht: männlich weiblich

PLZ, Ort: _____

Raucher: ja nein

Akademiker: ja nein

Kind 1 (optional)

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Geschlecht: männlich weiblich

Kind 2 (optional)

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Geschlecht: männlich weiblich

Kind 3 (optional)

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Geschlecht: männlich weiblich

Kind 4 (optional)

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Geschlecht: männlich weiblich

Kind 5 (optional)

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Geschlecht: männlich weiblich

Berufsdaten

Beruf: _____ Aufsichtsführend: ja nein

Überwiegend leitend tätig: ja nein Personalverantwortung: _____ Anzahl Mitarbeiter

Anteil der Bürotätigkeit in %: _____ Anteil der körperlichen Tätigkeit in %: _____

Berufsstatus: Angestellter Arbeiter Selbstständiger Freiberufler
 Beamter Angestellter ö. Dienst Person in Schulausbildung Person in Berufsausbildung
 Person im Studium Person im Wehrdienst nicht berufstätig Rentner

Beamter: Beamter auf Lebenszeit Beamter auf Widerruf Beamter auf Probe

Besonderheiten ohne Besonderheiten Schichtarbeit Akkordarbeit Schichtarbeit im Akkord
 Gesellschafter-Geschäftsführer (GGF)

Risikorelevante Hobbys (z. B. Fallschirmspringen):

Sitzende Tätigkeit ohne Schreibtisch in %: _____ Abgeschlossene kaufm. Ausbildung: ja nein

BU DU EU GF

Vertragszeiten

Versicherungsbeginn: _____

Versicherungsdauer/Ablaufalter: Versicherungsdauer Ablaufalter in Jahren: _____

Beitragszahlungsdauer: _____ Mit verkürzter Beitragszahlungsdauer: ja nein

Berechnungsvorgaben

Berechnungsvorgabe: Garantierte Rente in €: _____

Zahlweise: monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Garantierte Rentensteigerung (0-3%): _____ Beitragsdynamik (keine oder 3-10%): _____

Gewinnsystem: optimiert Fonds-/Verzinsliche Ansammlung Gewinnverrechnung Bonusrente

Karenzzeit in Monaten: _____

BU Leistungsvergleich

Meldefrist mind. 36 Monate:	<input type="checkbox"/> ja	Verbindliche Fristen bei der Leistungsfallbearbeitung:	<input type="checkbox"/> ja
Verkürzter Prognosezeitraum:	<input type="checkbox"/> ja	Ausschließlich Prüfung des zuletzt ausgeübten Berufes:	<input type="checkbox"/> ja
Anspruch auf BU durch Pflegebedürftigkeit:	<input type="checkbox"/> ja	Dienstunfähigkeitsklausel:	<input type="checkbox"/> ja
Verzicht auf zeitlich begrenzte Anerkenntnis der BU:	<input type="checkbox"/> ja	Verzicht auf § 19 VVG:	<input type="checkbox"/> ja
Verzicht auf § 163 VVG:	<input type="checkbox"/> ja	Verzicht auf abstrakte Verweisung:	<input type="checkbox"/> ja
Eindeutige Bedingungen bei konkreter Verweisung:	<input type="checkbox"/> ja	Verzicht auf Umorganisation bei Selbstständigen:	<input type="checkbox"/> ja
Verzicht auf Umorganisation bei weisungsgebundenen Mitarbeitern:	<input type="checkbox"/> ja	Versicherungsschutz weltweit:	<input type="checkbox"/> ja
Verzicht auf Untersuchungen im Inland:	<input type="checkbox"/> ja		

Wünschen Sie Nachversicherungsgarantien?

ohne besonderes Ereignis	<input type="checkbox"/> ja	Heirat	<input type="checkbox"/> ja
Geburt oder Adoption eines Kindes	<input type="checkbox"/> ja	Erreichen der Volljährigkeit	<input type="checkbox"/> ja
Abschluss der Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> ja	Scheidung	<input type="checkbox"/> ja
Tod einer bestimmten Person	<input type="checkbox"/> ja	Einkommenssprung	<input type="checkbox"/> ja
Immobilienwerb	<input type="checkbox"/> ja	Existenzgründung	<input type="checkbox"/> ja
Wiedereingliederung (Beratung oder finanzielle Leistungen des Versicherers zu Rehabilitation):	<input type="checkbox"/> ja	Zinslose Beitragsstundung ab Leistungsfallmeldung:	<input type="checkbox"/> ja
Überbrückungsmöglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten-Umwandlung in beitragsfreie Versicherung:	<input type="checkbox"/> ja		

Müssen besondere Ereignisse abgesichert sein?

Innere Unruhen	<input type="checkbox"/> ja	Kriegsereignisse im Ausland	<input type="checkbox"/> ja
Fahrlässige Verstöße im Straßenverkehr	<input type="checkbox"/> ja	Fahrtveranstaltungen mit KFZ	<input type="checkbox"/> ja
Luftfahrtklausel	<input type="checkbox"/> ja	Strahlen	<input type="checkbox"/> ja
ABC Waffen und Terror	<input type="checkbox"/> ja		

Bemerkungen
