

Voranfrage Risikolebensversicherung / Seite 1/3

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Der Fairsicherungsladen GmbH

Waldstr. 65 • 76133 Karlsruhe

Tel.: 0721/35 83 69

Fax: 0721/35 83 76

anfrage@fair-ka.de

http://www.derfairsicherungsladen.de

Persönlicher Ansprechpartner:

<p>Bitte erstellen Sie auf Basis der vorliegenden Angaben einen Vorschlag zur Risikolebensversicherung.</p>	<p><input type="checkbox"/> ohne Risikoprüfung <input type="checkbox"/> mit Risikoprüfung <input type="checkbox"/> ohne HiS-Eintrag</p>
<p>1. Versicherte Person</p>	
<p>Name, Geburtsdatum, Geschlecht usw. der zu versichernden Person. Für weitere Personen bitte separate Erfassung erstellen.</p>	<p>Name: <input type="text"/> <input type="text"/> Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Geburtsdatum: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet Anzahl der Kinder <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> Raucher <input type="checkbox"/> Nichtakademiker <input type="checkbox"/> Akademiker <input type="checkbox"/> Kein Motorradfahrer <input type="checkbox"/> Motorradfahrer Jahresbruttoeinkommen: <input type="text"/> € Aktuell ausgeübter Beruf: <input type="text"/> Anteil Bürotätigkeit darin: <input type="text"/> Über welche berufliche Ausbildung verfügen Sie? <input type="text"/> Steuer-Identifikationsnummer: <input type="text"/></p>
<p>2. Vertragszeiten</p>	
<p>2.1. Versicherungsbeginn</p>	<p><input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/></p>
<p>2.2. Berechnung nach</p>	<p><input type="checkbox"/> Versicherungsdauer = <input type="text"/> Jahre <input type="checkbox"/> Ablaufalter = <input type="text"/> Jahre</p>
<p>3. Berechnungsvorgaben</p>	

Voranfrage Risikolebensversicherung / Seite 2/3

3.1. Berechnungsvorgabe	<input type="checkbox"/> nach Versicherungssumme <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> nach Beitrag <input type="text"/> € (s. Zahlweise) <input type="checkbox"/> nach Beitragsdepot <input type="text"/> €
3.2. Zahlweise	<input type="checkbox"/> 1/12- <input type="checkbox"/> 1/4- <input type="checkbox"/> 1/2- <input type="checkbox"/> 1/1-jährlich
3.3. Todesfallschutz	<input type="checkbox"/> konstante Todesfalleistung <input type="checkbox"/> linear fallende Todesfalleistung <input type="checkbox"/> progressiv fallende Todesfalleistung
3.4. Überschussverwendung	<input type="checkbox"/> optimiert <input type="checkbox"/> Gewinnverrechnung <input type="checkbox"/> Todesfallbonus <input type="checkbox"/> Verzinsliche Ansammlung <input type="checkbox"/> Fondsansammlung <input type="checkbox"/> Sofortbonus
4. Gesundheitsfragen	
4.1. Körpergröße und Gewicht	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
4.2. Wurde bereits ein Antrag bei einer Gesellschaft abgelehnt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bei welcher? <input type="text"/>
4.3. Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante Untersuchungen von Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, oder anderen Heilbehandlern statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche + Details? <input type="text"/>
4.4. Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium, oder Heilstätte statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche + Details? <input type="text"/>
4.5. Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche + Details? <input type="text"/>
4.6. Üben Sie ein Hobby mit erhöhter Unfallgefährdung oder Verletzungsgefahr (z. B. Kampfsport, Tauchen, Flugsport, Fallschirmspringen, Motorsport, Bergsport oder Extremsport) aus?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welches? <input type="text"/>

<p>5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 80px;"></div>
<p>Einverständniserklärung zur Datenweitergabe</p>	<p>Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.</p> <hr/> <p>Datum, Unterschrift</p>
<p>Interne Notizen</p>	
<p>Mitarbeiter: <input type="text"/></p> <p>Datum : <input type="text"/></p> <p>Uhrzeit: Von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben</p> <p><input type="checkbox"/> persönliche Besprechung</p> <p> <input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>
<p>Rev003 vom 04.09.2018</p>	

Erklärung

 Unterschrift