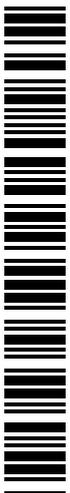


Angebotsanforderung Risiko-LV

 Tarif: Premium Kompakt

<p>Daten: Versicherte Person</p> <p><input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich</p> <p>Name</p> <p>Vorname</p> <p>Geburtsdatum</p> <p>Derzeitige Tätigkeit</p> <p>Berufsausbildung</p> <p><input type="checkbox"/> Student (in) <input type="checkbox"/> Auszubildende (r)</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Größe</td> <td style="width: 50%;">Gewicht</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">cm</td> <td style="text-align: right;">kg</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Raucher</p> <p><input type="checkbox"/> Nichtraucher seit mind. 1 Jahr</p> <p><input type="checkbox"/> Nichtraucher seit mind. 10 Jahren</p>	Größe	Gewicht	cm	kg	<p>Daten: Mitzuversicherte Person (falls Partnerbaustein gewünscht)</p> <p><input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich</p> <p>Name</p> <p>Vorname</p> <p>Geburtsdatum</p> <p>Derzeitige Tätigkeit</p> <p>Berufsausbildung</p> <p><input type="checkbox"/> Student (in) <input type="checkbox"/> Auszubildende (r)</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Größe</td> <td style="width: 50%;">Gewicht</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">cm</td> <td style="text-align: right;">kg</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Raucher</p> <p><input type="checkbox"/> Nichtraucher seit mind. 1 Jahr</p> <p><input type="checkbox"/> Nichtraucher seit mind. 10 Jahren</p>	Größe	Gewicht	cm	kg
Größe	Gewicht								
cm	kg								
Größe	Gewicht								
cm	kg								
<p>Grad der höchsten Ausbildung der zu versicherten Person:</p> <p><input type="checkbox"/> abgeschl. kaufm. Berufsausbildung (Regelausbildungszeit mind. 3 Jahre)</p> <p><input type="checkbox"/> abgeschl. Berufsausbildung in der Industrie oder im Handwerk</p> <p><input type="checkbox"/> abgeschl. Weiterbildung: Meisterprüfung, Techniker Ausbildung</p> <p><input type="checkbox"/> abgeschl. Hochschulstudium</p> <p><input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Diplom <input type="checkbox"/> Staatsexamen</p>	<p>Grad der höchsten Ausbildung der mitzuversicherten Person:</p> <p><input type="checkbox"/> abgeschl. kaufm. Berufsausbildung (Regelausbildungszeit mind. 3 Jahre)</p> <p><input type="checkbox"/> abgeschl. Berufsausbildung in der Industrie oder im Handwerk</p> <p><input type="checkbox"/> abgeschl. Weiterbildung: Meisterprüfung, Techniker Ausbildung</p> <p><input type="checkbox"/> abgeschl. Hochschulstudium</p> <p><input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Diplom <input type="checkbox"/> Staatsexamen</p>								
<p>Ist die zu versichernde Person Angestellter, Beamter, Selbständiger, Gewerbetreibender oder Geschäftsführer mit Leitungsfunktion?</p> <p>Wenn ja, Anzahl der vollzeitbeschäftigten Mitarbeiter, die von der zu versichernden Person geführt werden:</p> <p><input type="checkbox"/> keine Leitungsfunktion</p> <p><input type="checkbox"/> Leitungsfunktion mit weniger als 5 vollzeitbeschäftigten Mitarbeitern</p> <p><input type="checkbox"/> Leitungsfunktion mit 5-9 vollzeitbeschäftigten Mitarbeitern</p> <p><input type="checkbox"/> Leitungsfunktion mit mind. 10 vollzeitbeschäftigten Mitarbeitern</p>	<p>Ist die mitzuversichernde Person Angestellter, Beamter, Selbständiger, Gewerbetreibender oder Geschäftsführer mit Leitungsfunktion?</p> <p>Wenn ja, Anzahl der vollzeitbeschäftigten Mitarbeiter, die von der zu versichernden Person geführt werden:</p> <p><input type="checkbox"/> keine Leitungsfunktion</p> <p><input type="checkbox"/> Leitungsfunktion mit weniger als 5 vollzeitbeschäftigten Mitarbeitern</p> <p><input type="checkbox"/> Leitungsfunktion mit 5-9 vollzeitbeschäftigten Mitarbeitern</p> <p><input type="checkbox"/> Leitungsfunktion mit mind. 10 vollzeitbeschäftigten Mitarbeitern</p>								
<p>Vertragsdaten:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">Versicherungsbeginn</td> <td style="width: 25%;">Versicherungsendalter</td> <td style="width: 25%;">Alter bei Ablauf Beitragszahlung</td> <td style="width: 25%;">Versicherungssumme</td> </tr> <tr> <td>01.</td> <td style="text-align: right;">Jahre</td> <td style="text-align: right;">Jahre</td> <td style="text-align: right;">Euro</td> </tr> </table> <p>Überschusssystem</p> <p><input type="checkbox"/> Beitragsverrechnung <input type="checkbox"/> Todesfallbonus</p> <p>Zahlungsweise Beitrag</p> <p><input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich</p> <p>Todesfallverlauf</p> <p><input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> 100 % fallend <input type="checkbox"/> individuell (bitte tragen Sie den Verlaufwunsch bei den Bemerkungen ein)</p>		Versicherungsbeginn	Versicherungsendalter	Alter bei Ablauf Beitragszahlung	Versicherungssumme	01.	Jahre	Jahre	Euro
Versicherungsbeginn	Versicherungsendalter	Alter bei Ablauf Beitragszahlung	Versicherungssumme						
01.	Jahre	Jahre	Euro						



Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (nur für versicherte Person möglich)

BU (nur Beitragsbefreiung)

Versicherungsendalter Jahre	Leistungsendalter Jahre	BU-Rente gemäß Zahlungsweise Euro	<input type="checkbox"/> garantiert <input type="checkbox"/> inkl. Überschuss
Zahlungsweise BU-Rente <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich			

Anteil der Bürotätigkeit bzw. aufsichtführenden Tätigkeit, bezogen auf die Gesamtarbeitszeit der zu versichernden Person:

- Anteil der Bürotätigkeit / Aufsichtsführung unter 25 %
- Anteil der Bürotätigkeit / Aufsichtsführung 25-49 %
- Anteil der Bürotätigkeit / Aufsichtsführung 50-74 %
- Anteil der Bürotätigkeit / Aufsichtsführung 75-100 %

Bemerkungen / Notizen:

Ihre Vermittlerdaten:

Firmenname	Ansprechpartner
Vermittlernummer	Telefonnummer (für Rückfragen)
Angebot per <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Fax	
Ihre Mailadresse	Ihre Faxnummer

[Formular zurücksetzen hier klicken](#)