

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Foresight Beratungsgesellschaft mbH & CO.KG
Konrad-Adenauer-Str. 1
57271 Hilchenbach
Tel.: +49 (0) 2733 8016
Fax: +49 (0) 2733 891669
E-Mail: info@foresight-gruppe.de
www.foresight-gruppe.de

| | |
|---|---|
| <p>Bitte erstellen Sie auf Basis der vorliegenden Angaben einen Vorschlag zur Berufsunfähigkeitsversicherung.</p> | <p><input type="checkbox"/> ohne Risikoprüfung <input type="checkbox"/> mit Risikoprüfung <input type="checkbox"/> ohne HiS-Eintrag</p> |
| <p>Erweiterungen zum Berufsunfähigkeitsrisiko</p> | <p><input type="checkbox"/> keine - Selbständige BU <input type="checkbox"/> Todesfallabsicherung <input type="checkbox"/> mind. <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> mind. <input type="text"/> % des Gesamtbeitrages <input type="checkbox"/> Basis-Rente (max. BU-Anteil) <input type="checkbox"/> mit Hinterbliebenenschutz <input type="checkbox"/> Private Rente / KapitalLV <input type="checkbox"/> Beitrag zur RV mtl.: <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> Mtl. Rente garantiert <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> Ablaufleistung garantiert <input type="text"/> €</p> |
| <p>1. Versicherte Person (VP)</p> | |
| <p>Name, Geburtsdatum, Geschlecht usw. der zu versichernden Person. Bitte für jede Person gesonderten Fragebogen aufnehmen.</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 <input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> Raucher <input type="checkbox"/> Nichtakademiker <input type="checkbox"/> Akademiker Jahresbruttoeinkommen: <input type="text"/> € Aktuell ausgeübter Beruf: <input type="text"/> Über welche berufliche Ausbildung verfügen Sie? <input type="text"/></p> |
| <p>2. Berechnungsvorgaben</p> | |
| <p>2.1. Versicherungsbeginn</p> | <p><input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/></p> |
| <p>2.2. Endalter</p> | <p><input type="text"/> . Lebensjahr der VP</p> |

| | |
|--|--|
| 2.3. Verkürzte Beitragszahlung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - bis Alter <input type="text"/> |
| 2.4. Leistung bis | <input type="text"/> . Lebensjahr der VP |
| 2.5. Berechnung nach | <input type="checkbox"/> Garantierte BU-Rente gewünschte Rente: <input type="text"/> € mtl. <input type="checkbox"/> Beitrag gewünschter Beitrag: <input type="text"/> € mtl. |
| 2.6. Zahlweise | <input type="checkbox"/> 1/12- <input type="checkbox"/> 1/4- <input type="checkbox"/> 1/2- <input type="checkbox"/> 1/1-jährlich |
| 2.7. garantierte BU-Rentensteigerung | <input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> 1% <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> 3% |
| 2.8. Beitragsdynamik | <input type="checkbox"/> keine Dynamik <input type="checkbox"/> <input type="text"/> % (1-10% mgl.) |
| 2.9. Überschussverwendung in der Ansparphase | <input type="checkbox"/> optimiert <input type="checkbox"/> Gewinnverrechnung <input type="checkbox"/> Fonds-/Verzinsliche Ansammlung <input type="checkbox"/> Bonusrente |
| 2.10. Karenzzeit | <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Monate (3-24 Monate) |
| 3. Angaben zum Beruf | |
| 3.1. Genaue Berufsbezeichnung - evtl. Zusatzfragebogen Beruf nutzen, bzw. Tätigkeit beschreiben | <input type="text"/> |
| 3.2. Aufsichtsführend tätig | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 3.3. Überwiegend leitend tätig | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 3.4. Personalverantwortung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - <input type="text"/> Mitarbeiter |
| 3.5. Anteil der Bürotätigkeit | <input type="text"/> % |
| 3.6. Anteil der körperlichen Tätigkeit | <input type="text"/> % |
| 3.7. Berufsstatus | <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/> |
| 3.8. Besonderheiten zur Tätigkeit | <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Schichtarbeit <input type="checkbox"/> Akkordarbeit <input type="checkbox"/> Schichtarbeit im Akkord <input type="checkbox"/> Gesellschafter-Geschäftsführer |
| 3.9. Risikorelevantes Hobby | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> |
| 3.10. Anteil sitzender Tätigkeit ohne Schreibtisch | <input type="text"/> % |
| 3.11. Abgeschlossene Ausbildung als | <input type="text"/> |
| 3.12. Abgeschlossene kaufmännische Ausbildung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

| | |
|---|---|
| 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. Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren an Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen oder sonstigen Gesundheitsstörungen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche + Details? <input type="text"/> |
| 4.4. 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"/> |
| 4.5. 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"/> |
| 4.6. 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"/> |
| 4.7. Besteht eine Fehlsichtigkeit? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Dioptrien links: <input type="text"/> Dioptrien rechts: <input type="text"/> |
| 5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen | <input type="text"/> |

Einverständniserklärung zur Datenweitergabe

Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.

Datum, Unterschrift

Interne Notizen

Mitarbeiter:
 Datum :
 Uhrzeit: Von bis

- telefonische Erfassung schriftliche Kundenangaben
- persönliche Besprechung
 - im Maklerbüro beim Kunden
 -