

**Zurück per Fax an (0221) 867165**  
 Bitte füllen Sie das Formular so vollständig wie möglich aus.

<b>Persönliche Daten:</b> (ohne diese Angaben kann Ihre Anfrage nicht bearbeitet werden!)	<input type="checkbox"/> Herr	<b>Name, Vorname</b>		<b>Geburtsdatum</b>	
	<input type="checkbox"/> Frau				
	<i>Bitte unbedingt für evtl. Rückfragen Ihre Telefonnummer oder E-Mail-Adresse angeben!</i>				
	<b>Tel.:</b>			<b>am besten zu erreichen :</b>	
	<b>E-Mail :</b>				
	<b>Familienstand</b>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Witwe (r) <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft	<b>Kinder (Name, Vorname)</b>	<b>Geb-Datum</b>	

<b>Gewünschter Versicherungsumfang:</b>	<input type="checkbox"/> Risikoversicherung mit konstanter Versicherungssumme <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> Risikoversicherung mit um ____ % fallender Versicherungssumme <sup>2)</sup>	<input type="checkbox"/> Risikoversicherung auf verbundene Leben <sup>3)</sup>	<input type="checkbox"/> Kapitalbildende Lebensversicherung <sup>4)</sup> <input type="checkbox"/> auf verbundene Leben
---	---	--	--	--

<b>Versicherungssumme:</b>	EUR	<b>Abweichende Todesfallsumme:</b>	EUR
<b>Zusatzversicherungen:</b>	<input type="checkbox"/> mit Unfalltod-Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> mit Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit <input type="checkbox"/> mit Berufsunfähigkeitsrente		
<b>Versicherungsdauer:</b>	Jahre	<b>Beitragszahldauer:</b>	Jahre
<b>Gewünschte Zahlweise:</b>	<input type="checkbox"/> Jährlich <input type="checkbox"/> 1/2jährlich <input type="checkbox"/> 1/4jährlich <input type="checkbox"/> monatlich	<b>Versicherungsbeginn:</b>	____. ____ . 20__

Erläuterungen:

- 1) 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.
- 2) 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.
- 3) 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.
- 4) 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:	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	<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?

Nein  Ja (bitte genau erläutern / Diagnose, Art und Dauer der Behandlung, bestehen noch Symptome / Beschwerden) \*

--	--

Haben in den letzten 10 Jahren stationäre ärztliche Behandlungen / Krankenhaus- / Kuraufenthalte stattgefunden?

Nein  Ja (bitte genau erläutern / Diagnose, Art und Dauer der Behandlung, bestehen noch Symptome / Beschwerden) \*

--	--

Haben in den letzten 5 Jahren psychotherapeutische Behandlungen stattgefunden?  Nein  Ja (bitte genau erläutern) \*

--	--

Bestehen Fehler körperlicher oder geistiger Art / Behinderungen / Anomalien?  Nein  Ja (bitte genau erläutern) \*

--	--

Besteht eine Fehlsichtigkeit?

Nein  Ja – Dioptrien Links: \_\_\_\_\_ Rechts: \_\_\_\_\_

Nein  Ja – Dioptrien Links: \_\_\_\_\_ Rechts: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol, Drogen und/oder Arzneimittel zu sich?  Nein  Ja (bitte genau erläutern) \*

(Bitte ggf. Medikamentenbezeichnung, Dosierung und Häufigkeit der Einnahme angeben)

--	--

Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)?

Nein  Ja

Nein  Ja

Gefahrenerhöhende Hobbys (z.B. **Motorradfahrer(in), Taucher(in) etc.**) / Tätigkeiten (z.B. **Freiwillige Feuerwehr**)

Nein  Ja (bitte genau erläutern) \*

Nein  Ja (bitte genau erläutern) \*

Nichtraucher:  Ja  Nein, ich rauche täglich \_\_\_\_\_ Stck.

Zigaretten  Zigarren  Pfeife  \_\_\_\_\_

Nichtraucher:  Ja  Nein, ich rauche täglich \_\_\_\_\_ Stck.

Zigaretten  Zigarren  Pfeife  \_\_\_\_\_

Die von Ihnen hier gemachten Angaben dienen ausschließlich zur Ermittlung eines Versicherungsangebots.  
Der Datenschutz wird ausdrücklich garantiert!