

Fragebogen Berufsunfähigkeit / Dienstunfähigkeit

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus, da wir andernfalls kein konkretes Angebot für Sie erstellen können. Zutreffendes bitte kennzeichnen / ergänzen.

Bankkundennummer: _____

Versicherungsnehmer*in / Interessent*in	
Name, Vorname: _____	Kontaktdaten für evtl. Rückfragen
Geburtsdatum/-ort: _____	E-Mail: _____
Anschrift: _____	Telefon/Mobil: _____
_____	Körpergröße (in cm): _____
Staatsangehörigkeit: _____	Gewicht (in kg): _____
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> Raucher <input type="checkbox"/> Nichtraucher seit... <input type="checkbox"/> mind. 1 Jahr <input type="checkbox"/> mind. 10 Jahren

Berufliche Situation	
<input type="checkbox"/> Hausmann/-frau auf 400€-Basis tätig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> noch Student <input type="checkbox"/> Studium als _____ <input type="checkbox"/> mit Abschluss <input type="checkbox"/> ohne Abschluss / kein Studium	Kaufmännische Ausbildung <input type="checkbox"/> ja, als _____ <input type="checkbox"/> nein Gewerbliche Ausbildung <input type="checkbox"/> ja, als _____ <input type="checkbox"/> nein
Derzeitiger Beruf: _____ Als <input type="checkbox"/> Angestellte*r <input type="checkbox"/> Beamter*in (Polizei / Feuerwehr / Justiz / Verwaltung) <input type="checkbox"/> auf Lebenszeit <input type="checkbox"/> auf Probe <input type="checkbox"/> auf Widerruf Dienstbezeichnung: _____ Besoldungsgruppe: _____ <input type="checkbox"/> Freiberufler*in <input type="checkbox"/> Selbstständig, seit _____ (MM/JJJJ) in dieser Tätigkeit / mit diesem Unternehmen: _____	Personalverantwortung für _____ Mitarbeiter*innen <input type="checkbox"/> keine Personalverantwortung <input type="checkbox"/> Aufsichtsführend tätig <input type="checkbox"/> als Gesellschafter*in / Geschäftsführer*in Reisetätigkeit in %: _____ Auslandseinsatz: _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Akkordarbeit: _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anteil der Tätigkeit mit erhöhter Unfallgefahr: _____% der Gesamttätigkeit



Risikoreiche Hobbys

Motorradfahren: ja nein
Abfahrtsski: ja nein
Tauchen: ja nein
andere Sportarten, wenn ja welche: _____

Gewünschte Vertragsdaten

Versicherungsbeginn: _____.____.____
Gewünschte Berufsunfähigkeitsrente: _____
Endalter: 62 65 67
 Dynamik
 während der Beitragszahlzeit (%): _____
 im Rentenbezug (%): _____

Sonstige Wünsche / Besonderheiten:

Einschluss Rente bei Arbeitsunfähigkeit

Ort, Datum

Unterschrift