

Fragebogen Risikolebensversicherung

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	
Versicherungsnehmer*in ist: <input type="checkbox"/> Privatperson = versicherte Person <input type="checkbox"/> juristische Person / Firma	Kontaktdaten für evtl. Rückfragen E-Mail: _____ Telefon/Mobil: _____
Name, Vorname: _____ Geburtsdatum/-ort: _____ Anschrift: _____ _____ Staatsangehörigkeit: _____	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet Körpergröße (in cm): _____ Gewicht (in kg): _____ <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 <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
Arbeitgeber / Branche: _____ Anteil der Tätigkeit in % kaufmännisch: _____ % körperlich: _____ % davon schwer körperlich: _____ %	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:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Abfahrtsski:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tauchen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
andere Sportarten, wenn ja welche:	_____

Gewünschte Vertragsdaten	
Versicherungsbeginn: _____ (TT/MM/JJJJ) Versicherungssumme: _____ Versicherungsdauer: _____ Zahlungsweise: <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich	Versicherungssumme: <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> degressiv <input type="checkbox"/> linear fallend <input type="checkbox"/> zur Absicherung eines Förderdarlehens KfW / NRW.Bank: _____ Tilgungsfrei für: <input type="checkbox"/> 1 Jahr <input type="checkbox"/> 2 Jahre <input type="checkbox"/> 3 Jahre
<input type="checkbox"/> Absicherung des Hypothekendarlehens (Todesfallsumme max. 200.000€, Eintrittsalter max. 45 Jahre) – Bitte den Darlehensvertrag dem Antrag beifügen, dann erfolgt eine vereinfachte Gesundheitsprüfung.	
Der Vertrag soll abgetreten werden zugunsten der VerbundVolksbank OWL: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn der Vertrag zustande kommt, Versand der Police an: <input type="checkbox"/> Bank <input type="checkbox"/> Kunde
weitere mitzuversichernde Personen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, bitte auch für die versicherte/n Person/en den Fragebogen vollständig ausfüllen.	Sonstige Wünsche / Besonderheiten (z.B. Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit): _____ _____

Ort, Datum

Unterschrift