

## Fragebogen

### Berufsunfähigkeit / Dienstunfähigkeit

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

Bankkundennummer: \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer / Interessent	
Name / Vorname:	Geburtsdatum:
Straße:	Ort:
Telefonnummer / E-Mailadresse für evtl. Rückfragen:	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet
Staatsangehörigkeit:	<input type="checkbox"/> Raucher <input type="checkbox"/> Nichtraucher
Körpergröße in cm:	Gewicht in Kilogramm:

Berufliche Situation	
<input type="checkbox"/> Hausmann/ -frau	auf 450 Euro-Basis tätig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kaufmännische Ausbildung <input type="checkbox"/> ja, als: _____ <input type="checkbox"/> nein	Gewerbliche Ausbildung <input type="checkbox"/> ja, als: _____ <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Studium als _____	<input type="checkbox"/> noch Student <input type="checkbox"/> ohne Abschluss/kein Studium
<input type="checkbox"/> mit Abschluss	
Derzeitiger Beruf: _____ als <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Beamter (Polizei / Feuerwehr / Justiz / Verwaltung) auf Lebenszeit auf Probe auf Widerruf Dienstbezeichnung: Besoldungsgruppe	Personalverantwortung für _____ Mitarbeiter <input type="checkbox"/> keine Personalverantwortung Aufsichtsführend tätig? <input type="checkbox"/> ja Als GGF tätig? <input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Selbstständiger, seit _____ (MM, JJJJ) in dieser selbstständigen Tätigkeit / mit diesem Unternehmen
Reisetätigkeit in %: _____ %	
Auslandseinsatz? <input type="checkbox"/>	
Akkordarbeit <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	
Anteil der Tätigkeit mit erhöhter Unfallgefährdung: _____ % der Gesamttätigkeit.	

# Fragebogen Berufsunfähigkeit / Dienstunfähigkeit

(Seite 2)

Risikoreiche Hobbys	
Motorradfahrer Abfahrtski Tauchen Andere Sportart:	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Gewünschte Vertragsdaten	
Gewünschter Versicherungsbeginn _____ (TT/MM/JJJJ) Versicherungssumme: _____ Versicherungsdauer: _____	Zahlungsweise <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich
<input type="checkbox"/> Dynamik <input type="checkbox"/> während der Beitragszahlzeit _____ %  <input type="checkbox"/> im Falle des Rentenbezuges, Steigerung um _____ %	

Weitere mitzuversichernde Personen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ( falls ja, bitte auch für die weiteren versicherte/n Person/en den Fragebogen vollständig ausfüllen)	Sonstige Wünsche/Besonderheiten: z.B. Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit?  _____ _____ _____
--	--

Datum und Unterschrift Kunde bzw. der zu versichernden Person

\_\_\_\_\_