

Per Mail an **angebot@sdv.ag** oder Fax an 0821/71008-299

Eingang

Vermittlername

Vermittlernummer

E-Mail Adresse

Datum

Angebotsanforderung Bereich LEBEN – Risikoabsicherung (Biometrische Risiken)

Angaben Versicherungsnehmer

Name, Vorname _____

Geschlecht männlich weiblich

Straße, Hausnummer _____

Familienstand verheiratet ledig

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____

Bruttogehalt des letzten Jahres: Gehalt VN _____ €

Größe _____ cm / Gewicht _____ kg Nichtraucher nein ja, seit _____ Monaten

Versicherte Person (falls nicht VN)

Name, Vorname _____ m w Geburtsdatum _____ Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Nichtraucher nein ja, seit _____ Monaten

Berufsangaben

Beruf: _____

Berufsgruppe: _____

Aufsichtsführend Überwiegend leitend tätig Personalverantwortung: _____ Mitarbeiter

Anteil Bürotätigkeit _____ % **und** Anteil körperliche Tätigkeit _____ %

Abgeschlossene Berufsausbildung _____

Gewünschte Absicherung

1. BU/ DU-Absicherung

Beginn: ____/____/____ Versicherungsdauer/ Endalter _____ Jahre / _____

Leistungsendalter _____

mit verkürzter Beitragszahlung Beitragszahldauer _____ Jahre

Beitrag _____ € **oder** BU-Rente _____ € Zahlweise _____

nur Starter-Tarife berechnen

Garantierte BU-Rentensteigerung _____ Beitragsdynamik _____

Überschussverwendung _____ Karenzzeit _____ Monate

2. Risikolebensversicherung

Beginn: ___/___/___ Versicherungsdauer/ Endalter _____ Jahre / _____

Verbundene Leben (Bitte Daten der zweiten versicherten Person angeben)

Versicherungssumme _____ € Zahlweise _____

Überschussverwendung _____

Todesfallleistung _____ (Progressiv: _____%)

3. Dread Disease

Beginn: ___/___/___ Versicherungsdauer/ Endalter _____ Jahre / _____
(falls nicht lebenslang)

Versicherungssumme _____ € Zahlweise _____

Dynamik _____

Todesfallleistung: Mindesttodesfallleistung Versicherungssumme _____ %

4. Pflegerentenversicherung

Beginn: ___/___/___ Versicherungsdauer/ Endalter _____ Jahre / _____
(falls nicht lebenslang)

Berechnung nach _____ Zahlweise _____

Überschussverwendung _____

Leistung ab _____ Einmalleistung ja nein

5. Sterbegeld

Beginn: ___/___/___ Beitragszahldauer bis _____ Zahlweise _____

Beitrag _____ € **oder** Versicherungssumme _____ €

Doppelte Leistung bei Unfalltod ja nein

6. Sonstige Absicherung

Grundfähigkeitsversicherung Erwerbsunfähigkeit BUZ (zur RiLV)

Beginn: ___/___/___ Versicherungsdauer/ Endalter _____ Jahre / _____

Beitrag _____ € **oder** Rente _____ € Zahlweise _____

Sonstige Bemerkungen/ etc.: