

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

Eingang

Vermittlername

Vermittlernummer

E-Mail Adresse

Datum

Angebotsanforderung Bereich LEBEN – Kindervorsorge

Angaben Versicherungsnehmer

Name, Vorname _____

Geschlecht männlich weiblich

Straße, Hausnummer _____

Familienstand verheiratet ledig

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Berufsgruppe: Angestellt Selbstständig Beamter Hausfrau Student

Versicherte Person = Kind

Name, Vorname _____ m w Geburtsdatum _____ Größe _____cm Gewicht _____kg

Gewünschte Absicherung

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

Beitrag: _____€ oder Rente: _____€ Zahlweise: _____

Tarifart: Klassisch Fondsgebunden Termfix

Dynamik _____ Rentengarantiezeit _____ Jahre

Zusatzversicherung Kind

BU-Option (falls der Tarif diese beinhaltet)

Versorger-Mitversicherung

nicht gewünscht

Prämienbefreiung im Todesfall (falls der Tarif diese beinhaltet)

Sonstige Bemerkungen/ etc.: