

Per Mail an **angebot@sdv.ag** oder Fax an 0821/71008-999

Eingang

Vermittlername

Vermittlernummer

E-Mail Adresse

Datum

Angebotsanforderung Unfallversicherung

Angaben Versicherungsnehmer

Name, Vorname _____

Geschlecht männlich weiblich

Straße, Hausnummer _____

Beruf _____

PLZ, Ort _____

Branche _____

Geburtsdatum _____

öffentlicher Dienst

Versicherte Personen

	Name, Vorname	m	w	Geburtsdatum	Beruf
VP 1	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
VP 2	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
VP 3	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
VP 4	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Versicherungsumfang

Basis Kompakt Premium

	VP 1	VP 2	VP 3	VP 4
Invaliditätssumme	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Progression	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
Todesfallsumme	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
KH-Tagesgeld	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Genesungsgeld	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Rente monatlich	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €

Unfallversicherung mit Beitragsrückgewähr

Anlageart: klassisch

Laufzeit: _____ Jahre Beitragszahldauer: _____ Jahre

fondsgebunden

Vorvertrag

Gesellschaft	_____	Vertragsnummer	_____	Beginn	_____	Ablauf	_____	Beitrag	_____
gekündigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	durch	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	Zahlungsweise:	<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich			<input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> monatlich	

Vorschäden ja nein Anzahl: _____

Besondere Anforderungen an den Versicherungsschutz/ Sonstige Bemerkungen: