
Vermittlername

Vermittlernummer

E-Mail Adresse

Datum

Risikovorabanfrage - Bereich LEBEN

Angaben Versicherungsnehmer

Name, Vorname _____

Geschlecht männlich weiblich

Straße, Hausnummer _____

Familienstand _____

PLZ, Ort _____

Beruf _____

Geburtsdatum _____

Berufsgruppe: angestellt selbstständig Beamter Hausfrau Student Schüler

Nichtraucher: ja nein ja, seit _____ Monaten

Versicherte Person (falls nicht VN)

Name, Vorname _____ m w Geburtsdatum _____ Beruf _____ Berufsgruppe _____

Nichtraucher: ja nein ja, seit _____ Monaten

Gewünschte Absicherung

Bitte beachten Sie, dass eine Vorabprüfung nur auf Grundlage von vollständig und richtig ausgefüllten Formularen erfolgen kann. Eine anonyme Prüfung kann generell nicht durchgeführt werden!

Berufsunfähigkeit

Erwerbsunfähigkeit

Dienstunfähigkeit

Grundfähigkeit

Dread Disease

Risiko-Leben

Beginn: ___/___/___

Versicherungsdauer: ___/___ (Jahre/EA)

Rente/Monat: _____ €

oder Versicherungssumme: _____ €

Überschussverwendung:

Rentenerhöhung

verzinsliche Ansammlung

Sofortverrechnung

fondsgebundene Ansammlung

Grund der Anfrage

Beruf

Hobby/ Freizeit

Auslandsaufenthalt

Genaue Angaben:

Gesundheitszustand

Bitte genaue Angaben machen und sämtliche verfügbaren Unterlagen wie Arztberichte, Atteste, Krankenhausentlassungsberichte etc. beifügen!

Gesundheitsangaben: Größe: _____cm Gewicht: _____kg

Art der Erkrankung	Dauer der Erkrankung	Behandlung/ Medikamente (Dosis)	Ausgeheilt Ja / Nein

Besondere Anforderungen an den Versicherungsschutz/ Sonstige Bemerkungen