

Eingang

Vermittlername \_\_\_\_\_

Vermittlernummer \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

## Risikovorabanfrage - Fachbereich LEBEN

### Angaben Versicherungsnehmer

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geschlecht  männlich  weiblich

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Bruttogehalt des letzten Jahres: Gehalt VN \_\_\_\_\_ €

Größe \_\_\_\_\_ cm / Gewicht \_\_\_\_\_ kg Raucher  ja  nein, seit \_\_\_\_\_ Monaten  nein

### Berufsangaben

Beruf: \_\_\_\_\_

Berufsgruppe: \_\_\_\_\_

Beamter im höheren Dienst:  ja  nein

Aufsichtsführend  Überwiegend leitend tätig Personalverantwortung: \_\_\_\_\_ Mitarbeiter

Anteil Bürotätigkeit \_\_\_\_\_ % **und** Anteil körperliche Tätigkeit \_\_\_\_\_ %

Höchster Bildungsabschluss \_\_\_\_\_

### Versicherte Person (falls nicht VN / 2. VP bei verbundene Leben)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geschlecht  männlich  weiblich

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Bruttogehalt des letzten Jahres: Gehalt VN \_\_\_\_\_ €

Größe \_\_\_\_\_ cm / Gewicht \_\_\_\_\_ kg Raucher  ja  nein, seit \_\_\_\_\_ Monaten  nein

### Berufsangaben

Beruf: \_\_\_\_\_

Berufsgruppe: \_\_\_\_\_

Beamter im höheren Dienst:  ja  nein

Aufsichtsführend  Überwiegend leitend tätig Personalverantwortung: \_\_\_\_\_ Mitarbeiter

Anteil Bürotätigkeit \_\_\_\_\_ % **und** Anteil körperliche Tätigkeit \_\_\_\_\_ %

Höchster Bildungsabschluss \_\_\_\_\_

## 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!**

- Berufsunfähigkeitsversicherung     Erwerbsunfähigkeitsversicherung     Dienstunfähigkeitsversicherung  
 Grundfähigkeitsversicherung     Dread Disease     Risiko-Lebensversicherung

Beginn: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Versicherungsdauer: \_\_\_/\_\_\_ (Jahre)

Rente: \_\_\_\_\_ €    **oder**    Versicherungssumme: \_\_\_\_\_ €

Überschussverwendung: \_\_\_\_\_

## 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**