

ERFASSUNGSBOGEN BERUFSUNFÄHIGKEITS- VERSICHERUNG

1. PERSÖNLICHE DATEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS / DER VERSICHERTEN PERSON

Name, Vorname _____ Titel _____ Geschlecht m w

Geburtsdatum _____ Staatsangehörigkeit _____ Raucher ja nein

Straße _____ Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____

ledig verheiratet geschieden verwitwet Schüler Azubi Student Beamteranwärter/Referenda

Derzeitige berufliche Tätigkeit/Ausbildung/Branche _____

Dauer der Ausbildung/des Studiums vom _____ bis voraussichtlich _____ Ausbildungsziel _____

angestellt angestellt im öffentlichen Dienst verbeamtet selbstständig seit _____

freiberuflich seit _____ Jahreseinkommen brutto _____ Jahreseinkommen netto _____

Sind Sie Gesellschafter-Geschäftsführer oder Angehöriger eines Gesellschafters bzw. Unternehmers der Firma? ja nein

Personalverantwortung für _____ Personen Anteil der Bürotätigkeit am festen Arbeitsplatz in % _____

Anteil der körperlichen Tätigkeit in % _____ Anteil sonstiger Tätigkeit Art _____ in % _____

Gefahren erhöhende Hobby/andere besondere Gefahren _____

Sind Auslandsaufenthalte geplant ja nein Wo und wie lang? _____

2. TARIFART/GRUNDANGABEN

Gewünschte monatliche garantierte BU-Rente _____ € bis zum Lebensjahr _____

Bereits vorhandene BU-Versicherung in Höhe von monatlich _____ € Beitragsdynamik in % _____

Ambulante Behandlungen in den letzten 5 Jahren ja nein Stationäre Behandlungen in den letzten 10 Jahren ja nein

Falls ambulante oder stationäre Behandlungen stattgefunden haben, bitte kurz auflisten:

Krankheit/Unfall	Behandlung	Behandlungszeitraum	ausgeheilt
_____	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3. AUSWAHLKRITERIUM FÜR VERSICHERER BZW. BU-TARIF

Die Auswahl eines geeigneten Versicherers bzw. BU-Tarifes soll erfolgen (nur eine Option wählbar!)

leistungsorientiert prämienorientiert

nach Gesellschaftsvorgabe (bitte Gesellschaft und Tarif angeben)

Mit meiner Unterschrift erkläre ich verbindlich und widerruflich (nicht zutreffendes bitte streichen):
Ich willige ein, dass mein Berater meine personenbezogenen Daten, insbesondere auch Gesundheitsinformationen, zum Zwecke der Ermittlung meines Versicherungsbedarfs und einer diesem Bedarf entsprechenden Eindeckung, unter Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen erhebt, verarbeitet und nutzt. Die Einwilligung bezieht sich insbesondere auch auf die Daten-übermittlung an Dritte, insbesondere Versicherungsunternehmen und Anbieter von Vergleichsangeboten, soweit dies zur Erfüllung der vorstehend genannten Zwecke erforderlich ist. Ich kann jederzeit Auskunft über die mich betreffenden gespeicherten Daten erhalten. Ich kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen

Datum Ort

Unterschrift