

# Voranfrage Berufsunfähigkeitsversicherung | Seite 1/4

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

AICON Assekuranz und  
 Immobilien GmbH & Co. KG  
 Elbblick 5 • 01445 Radebeul  
 Tel.: 0351 / 811 66 0  
 Fax: 0351 / 811 66 11  
 info@aicon-makler.de  
 http://www.aicon-makler.de

**Persönlicher Ansprechpartner:**

<p><b>Bitte erstellen Sie auf Basis der vorliegenden Angaben einen Vorschlag zur Berufsunfähigkeitsversicherung.</b></p>	<p> <input type="checkbox"/> ohne Risikoprüfung  <input type="checkbox"/> mit Risikoprüfung  <input type="checkbox"/> ohne HiS-Eintrag                 </p>
<p><b>Erweiterungen zum Berufsunfähigkeitsrisiko</b></p>	<p> <input type="checkbox"/> keine - Selbständige BU  <input type="checkbox"/> Todesfallabsicherung  <input type="checkbox"/> mind. <input type="text"/> €  <input type="checkbox"/> mind. <input type="text"/> % des Gesamtbeitrages  <input type="checkbox"/> Basis-Rente (max. BU-Anteil)  <input type="checkbox"/> mit Hinterbliebenenschutz  <input type="checkbox"/> Private Rente / KapitalLV  <input type="checkbox"/> Beitrag zur RV mtl.: <input type="text"/> €  <input type="checkbox"/> Mtl. Rente garantiert <input type="text"/> €  <input type="checkbox"/> Ablaufleistung garantiert <input type="text"/> €                 </p>
<p><b>1. Versicherte Person (VP)</b></p>	
<p>Name, Geburtsdatum, Geschlecht usw. der zu versichernden Person.                  Bitte für jede Person gesonderten Fragebogen aufnehmen.</p>	<p>Name: <input type="text"/></p> <p>Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich</p> <p>Geburtsdatum: <input type="text"/></p> <p> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet  <input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> Raucher  <input type="checkbox"/> Nichtakademiker <input type="checkbox"/> Akademiker                 </p> <p>Jahresbruttoeinkommen: <input type="text"/> €</p> <p>Aktuell ausgeübter Beruf: <input type="text"/></p> <p>Über welche berufliche Ausbildung verfügen Sie?  <input type="text"/></p>
<p><b>2. Berechnungsvorgaben</b></p>	
<p>2.1. Versicherungsbeginn</p>	<p><input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/></p>
<p>2.2. Endalter</p>	<p><input type="text"/> . Lebensjahr der VP</p>

# Voranfrage Berufsunfähigkeitsversicherung / Seite 2/4

2.3. Verkürzte Beitragszahlung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - bis Alter <input type="text"/>
2.4. Leistung bis	<input type="text"/> . Lebensjahr der VP
2.5. Berechnung nach	<input type="checkbox"/> Garantierte BU-Rente gewünschte Rente: <input type="text"/> € mtl. <input type="checkbox"/> Beitrag gewünschter Beitrag: <input type="text"/> € mtl.
2.6. Zahlweise	<input type="checkbox"/> 1/12- <input type="checkbox"/> 1/4- <input type="checkbox"/> 1/2- <input type="checkbox"/> 1/1-jährlich
2.7. garantierte BU-Rentensteigerung	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> 1% <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> 3%
2.8. Beitragsdynamik	<input type="checkbox"/> keine Dynamik <input type="checkbox"/> <input type="text"/> % (1-10% mgl.)
2.9. Überschussverwendung in der Ansparphase	<input type="checkbox"/> optimiert <input type="checkbox"/> Gewinnverrechnung <input type="checkbox"/> Fonds-/Verzinsliche Ansammlung <input type="checkbox"/> Bonusrente
2.10. Karenzzeit	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Monate (3-24 Monate)
<b>3. Angaben zum Beruf</b>	
3.1. Genaue Berufsbezeichnung - evtl. Zusatzfragebogen Beruf nutzen, bzw. Tätigkeit beschreiben	<input type="text"/>
3.2. Aufsichtsführend tätig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.3. Überwiegend leitend tätig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.4. Personalverantwortung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - <input type="text"/> Mitarbeiter
3.5. Anteil der Bürotätigkeit	<input type="text"/> %
3.6. Anteil der körperlichen Tätigkeit	<input type="text"/> %
3.7. Berufsstatus	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/>
3.8. Besonderheiten zur Tätigkeit	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Schichtarbeit <input type="checkbox"/> Akkordarbeit <input type="checkbox"/> Schichtarbeit im Akkord <input type="checkbox"/> Gesellschafter-Geschäftsführer
3.9. Risikorelevantes Hobby	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
3.10. Anteil sitzender Tätigkeit ohne Schreibtisch	<input type="text"/> %
3.11. Abgeschlossene Ausbildung als	<input type="text"/>
3.12. Abgeschlossene kaufmännische Ausbildung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

<b>4. Gesundheitsfragen</b>	
4.1. Körpergröße und Gewicht	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
4.2. Wurde bereits ein Antrag bei einer Gesellschaft abgelehnt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , bei welcher? <input type="text"/>
4.3. Leiden oder litten Sie in den letzten <b>5</b> Jahren an Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen oder sonstigen Gesundheitsstörungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , welche + Details? <input type="text"/>
4.4. Fanden in den letzten <b>5</b> Jahren ambulante Untersuchungen von Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, oder anderen Heilbehandlern statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , welche + Details? <input type="text"/>
4.5. Fanden in den letzten <b>10</b> Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium, oder Heilstätte statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , welche + Details? <input type="text"/>
4.6. Wurde in den letzten <b>10</b> Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , welche + Details? <input type="text"/>
4.7. Besteht eine Fehlsichtigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Dioptrien links: <input type="text"/> Dioptrien rechts: <input type="text"/>
<b>5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</b>	<input type="text"/>

**Einverständniserklärung zur Datenweitergabe**

Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift

**Interne Notizen**

Mitarbeiter:   
 Datum :   
 Uhrzeit: Von  bis

telefonische Erfassung     schriftliche Kundenangaben  
 persönliche Besprechung  
 im Maklerbüro     beim Kunden

Rev003 vom 28.01.2013