

## Kundendaten

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

Straße \_\_\_\_\_ Hausnr. \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Berufl. Tätigkeit \_\_\_\_\_

Tarifgruppe \_\_\_\_\_

## Leistungsumfang /Beitragstabelle

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Invalidität Grundsumme	_____	_____	_____	_____
Progression	_____	_____	_____	_____
Unfalltod	_____	_____	_____	_____
Krankenhaustagegeld	_____	_____	_____	_____
Genesungsgeld	_____	_____	_____	_____
Rente	_____	_____	_____	_____
Dynamik	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

Zahlweise  jährlich  halbjährlich  quartalsweise  monatlich

## Versicherte Personen

### 1. Versicherte Person

Gruppe  1  2  3  4

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_ Geschlecht  weiblich  männlich

Berufliche Stellung  angestellt  selbstständig  öffentl. Dienst  ohne Beschäftigung

Gefahrengruppe  „A“ ohne körperliche Tätigkeiten  „K“ Kind  „B“ mit körperlicher Tätigkeit

Werden Risikosportarten betrieben?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_

## 2. Versicherte Person

Gruppe  1  2  3  4

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_ Geschlecht  weiblich  männlich

Berufliche Stellung  angestellt  selbstständig  öffentl. Dienst  ohne Beschäftigung

Gefahrengruppe  „A“ ohne körperliche Tätigkeiten  „K“ Kind  „B“ mit körperlicher Tätigkeit

Werden Risikosportarten betrieben?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_

## 3. Versicherte Person

Gruppe  1  2  3  4

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_ Geschlecht  weiblich  männlich

Berufliche Stellung  angestellt  selbstständig  öffentl. Dienst  ohne Beschäftigung

Gefahrengruppe  „A“ ohne körperliche Tätigkeiten  „K“ Kind  „B“ mit körperlicher Tätigkeit

Werden Risikosportarten betrieben?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_

## 4. Versicherte Person

Gruppe  1  2  3  4

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_ Geschlecht  weiblich  männlich

Berufliche Stellung  angestellt  selbstständig  öffentl. Dienst  ohne Beschäftigung

Gefahrengruppe  „A“ ohne körperliche Tätigkeiten  „K“ Kind  „B“ mit körperlicher Tätigkeit

Werden Risikosportarten betrieben?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_

## 5. Versicherte Person

Gruppe  1  2  3  4

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_ Geschlecht  weiblich  männlich

Berufliche Stellung  angestellt  selbstständig  öffentl. Dienst  ohne Beschäftigung

Gefahrengruppe  „A“ ohne körperliche Tätigkeiten  „K“ Kind  „B“ mit körperlicher Tätigkeit

Werden Risikosportarten betrieben?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_



### 6. Versicherte Person

Gruppe  1  2  3  4

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_ Geschlecht  weiblich  männlich

Berufliche Stellung  angestellt  selbstständig  öffentl. Dienst  ohne Beschäftigung

Gefahrengruppe  „A“ ohne körperliche Tätigkeiten  „K“ Kind  „B“ mit körperlicher Tätigkeit

Werden Risikosportarten betrieben?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_

### 7. Versicherte Person

Gruppe  1  2  3  4

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_ Geschlecht  weiblich  männlich

Berufliche Stellung  angestellt  selbstständig  öffentl. Dienst  ohne Beschäftigung

Gefahrengruppe  „A“ ohne körperliche Tätigkeiten  „K“ Kind  „B“ mit körperlicher Tätigkeit

Werden Risikosportarten betrieben?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_

### 8. Versicherte Person

Gruppe  1  2  3  4

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_ Geschlecht  weiblich  männlich

Berufliche Stellung  angestellt  selbstständig  öffentl. Dienst  ohne Beschäftigung

Gefahrengruppe  „A“ ohne körperliche Tätigkeiten  „K“ Kind  „B“ mit körperlicher Tätigkeit

Werden Risikosportarten betrieben?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_

### 9. Versicherte Person

Gruppe  1  2  3  4

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_ Geschlecht  weiblich  männlich

Berufliche Stellung  angestellt  selbstständig  öffentl. Dienst  ohne Beschäftigung

Gefahrengruppe  „A“ ohne körperliche Tätigkeiten  „K“ Kind  „B“ mit körperlicher Tätigkeit

Werden Risikosportarten betrieben?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_

Bei weiteren Personen bitte Beiblatt hinzufügen.

## Vorversicherung/Vorschäden

Bestehen/bestanden gleichartige Verträge?  Nein  Ja

Vorschäden in den letzten 5 Jahren?  Nein  Ja, Anzahl \_\_\_\_\_ Schadenssumme gesamt \_\_\_\_\_

Schadensschilderung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Versicherer \_\_\_\_\_ derzeitige Prämie/Zielprämie \_\_\_\_\_

## Zusendung eines Vorschlags an Makler

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

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

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

Der Vorschlag dient zur:  Umdeckung eines bestehenden Vertrages spätestens zum \_\_\_\_\_

Neudeckung spätestens zum \_\_\_\_\_