



Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Atlantic Gesellschaft für Versicherungsvermittlung mbH
 Versicherungsmakler
 Wandsbeker Zollstraße 5 • 22041 Hamburg
 Tel.: 040 / 688 60 60
 Fax: 040 / 688 60 626
 info@atlantic-versmkl.de
 http://www.atlantic-versmkl.de

Persönlicher Ansprechpartner:

<p>Bitte erstellen Sie auf Basis der vorliegenden Angaben einen Vorschlag zur Berufsunfähigkeitsversicherung.</p>	<p><input type="checkbox"/> ohne Risikoprüfung <input type="checkbox"/> mit Risikoprüfung <input type="checkbox"/> ohne HiS-Eintrag</p>
<p>Erweiterungen zum Berufsunfähigkeitsrisiko</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>1. Versicherte Person (VP)</p>	
<p>Name, Geburtsdatum, Geschlecht usw. der zu versichernden Person. Bitte für jede Person gesonderten Fragebogen aufnehmen.</p>	<p>Name: <input type="text"/> <input type="text"/> Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Geburtsdatum: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> Raucher <input type="checkbox"/> Nichtakademiker <input type="checkbox"/> Akademiker Jahresbruttoeinkommen: <input type="text"/> € Aktuell ausgeübter Beruf: <input type="text"/> Über welche berufliche Ausbildung verfügen Sie? <input type="text"/></p>
<p>2. Berechnungsvorgaben</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>



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)
3. Angaben zum Beruf	
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



4. Gesundheitsfragen	
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 ja , bei welcher? <input type="text"/>
4.3. Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren an Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen oder sonstigen Gesundheitsstörungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche + Details? <input type="text"/>
4.4. Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante Untersuchungen von Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, oder anderen Heilbehandlern statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche + Details? <input type="text"/>
4.5. Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium, oder Heilstätte statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche + Details? <input type="text"/>
4.6. Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , 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"/>
5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen	<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