

Beratung durch:

Stöver, Hermann & Partner GmbH
 Hollerallee 25 • 28209 Bremen
 Tel.: 0421 / 3 48 55-0 • Fax: 0421 / 3 49 11 44
 info@shp-bremen.de
 http://www.shp-bremen.de/

Versicherungsnehmer:

Persönlicher Ansprechpartner:

<p>Bitte erstellen Sie auf Basis der vorliegenden Angaben einen Vorschlag zur Risikolebensversicherung.</p>	<p><input type="checkbox"/> ohne Riskoprüfung <input type="checkbox"/> mit Riskoprüfung <input type="checkbox"/> ohne SoWa-Eintrag</p>
<p>1. Versicherte Person</p>	
<p>Name, Geburtsdatum, Geschlecht usw. der zu versichernden Person. Für weitere Personen bitte separate Erfassung erstellen.</p>	<p><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 <input type="checkbox"/> Kein Motorradfahrer <input type="checkbox"/> Motorradfahrer Größe: <input type="text"/> cm Gewicht: <input type="text"/> kg Jahresbruttoeinkommen: <input type="text"/> Euro Aktuell ausgeübter Beruf: <input type="text"/> Steuer-Identifikationsnummer: <input type="text"/></p>
<p>2. Vertragszeiten</p>	
<p>2.1. Versicherungsbeginn</p>	<p><input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/></p>
<p>2.2. Berechnung nach</p>	<p><input type="checkbox"/> Versicherungsdauer = <input type="text"/> Jahre <input type="checkbox"/> Ablaufalter = <input type="text"/> Jahre</p>
<p>3. Berechnungsvorgaben</p>	
<p>3.1. Berechnungsvorgabe</p>	<p><input type="checkbox"/> nach Versicherungssumme <input type="text"/> Euro <input type="checkbox"/> nach Beitrag <input type="text"/> Euro (s. Zahlweise) <input type="checkbox"/> nach Beitragsdepot <input type="text"/> Euro</p>
<p>3.2. Zahlweise</p>	<p><input type="checkbox"/> 1/12- <input type="checkbox"/> 1/4- <input type="checkbox"/> 1/2- <input type="checkbox"/> 1/1-jährlich</p>

3.3. Todesfallschutz	<input type="checkbox"/> konstante Todesfallleistung <input type="checkbox"/> linear fallende Todesfallleistung <input type="checkbox"/> progressiv fallende Todesfallleistung
3.4. Überschussverwendung	<input type="checkbox"/> optimiert <input type="checkbox"/> Gewinnverrechnung <input type="checkbox"/> Todesfallbonus <input type="checkbox"/> Verzinsliche Ansammlung <input type="checkbox"/> Fondsansammlung <input type="checkbox"/> Sofortbonus
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. Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante Untersuchungen von Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, oder andere Heilbehandlern statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche + Details? <input type="text"/>
4.4. 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"/>
4.5. 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"/>
4.6. Üben Sie ein Hobby mit erhöhter Unfallgefährdung oder Verletzungsgefahr (z. B. Kampfsport, Tauchen, Flugsport, Fallschirmspringen, Motorsport, Bergsport oder Extremsport) aus?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welches? <input type="text"/>
5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen	

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

Rev001 vom 18.08.2010