

Datenerfassungsbogen zur Berufsunfähigkeitsversicherung

Berater

Firma	Name	Vorname	Kundentermin am			
Telefax	E-Mail					
			Wiedervorlage am			

Persönliche Daten der zu versichernden Person

Name / Titel <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Raucher <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Geburtsdatum	
Strasse / Nr.	PLZ / Ort				
Telefon	Telefax	Mobiltelefon	E-Mail		
Erlerner Beruf	Ausgeübter Beruf	Zweitberuf	Schul- / Berufsabschluss		
bei Ärzten <input type="checkbox"/> ohne Weiterbildung zum Facharzt <input type="checkbox"/> mit Weiterbildung zum Facharzt <input type="checkbox"/> bis 1/3 chirurgische Tätigkeit <input type="checkbox"/> mehr als 1/3 chirurgische Tätigkeit					
Beschäftigungsverhältnis <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Selbständiger <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Auszubildender <input type="checkbox"/> Student		Personalverantwortung / Mitarbeiter <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Person(en)		Prozent der Tätigkeit ____% im Büro ____% nicht im Büro	
Selbst betriebene Sportarten (auch Breitensport)					

Einkommensverhältnisse der zu versichernden Person / gewünschte Versicherungsdaten

Monatliches Einkommen brutto €	Monatliches Einkommen netto €	Anlagezins %	Dauer der gewünschten Versicherung bis zum _____ Lebensjahr		
Bereits vorhandene private / betriebliche BU-Renten in Höhe von insgesamt €		Gewünschte monatliche BU-Rente €	Gewünschter Versicherungsbeginn		
Gesellschaft	Vertragsnummer	BU-Rente €	Bis Endalter _____ Jahre		
Gesellschaft	Vertragsnummer	BU-Rente €	Bis Endalter _____ Jahre		

Gesundheitsangaben der zu versichernden Person

Ambulante Behandlungen in den letzten 5 Jahren* <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Stationäre Behandlungen in den letzten 10 Jahren* <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		* Falls Behandlungen stattgefunden haben, bitte nachfolgend kurz auflisten.
Krankheit / Unfall	Behandlung <input type="checkbox"/> amb. <input type="checkbox"/> stat.	Behandlungszeitraum	Ausgeheilt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> amb. <input type="checkbox"/> stat.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> amb. <input type="checkbox"/> stat.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> amb. <input type="checkbox"/> stat.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Auswahlkriterium für Versicherer bzw. BU-Tarif

Die Auswahl eines geeigneten Versicherers bzw. BU-Tarifs soll erfolgen (nur **eine** Auswahlmöglichkeit wählbar)

- inhalts-/leistungsorientiert** (qualitative Produktauswahl)
- preisorientiert** (quantitative Produktauswahl)
- nach Versicherbarkeit** (spezielle Produktauswahl auf Grund von Vorerkrankungen, besonderen beruflichen Risiken oder Hobbies erforderlich)

Unterschriften

Hiermit bestätige ich, sämtliche Fragen zu meiner Person gegenüber dem Berater vollständig und ohne jegliche Weglassung beantwortet zu haben. Die Haftung für meine eigenen Angaben obliegt ausschließlich mir. Hiermit stelle ich den Berater von jeglicher diesbezüglicher Haftung betreffs meiner Personen- und Vertragsdaten ausdrücklich frei.

Name, Vorname Kunde

Datum, Ort

Unterschrift Kunde

Unterschrift Berater