

Angebots-/Risikovorfrageformular Arbeitskraftabsicherung

Persönliche Angaben:

Name, Vorname: Geburtsdatum: männlich weiblich

Beruf: Körperlicher Anteil:% Kaufmännischer Anteil:%

angestellt selbständig/freiberuflich Höchster Schulabschluss/ Ausbildung:.....

Raucher: ja nein Größe: cm Gewicht: kg

Vorgaben zum Versicherungsschutz:

- Berufsunfähigkeitsrente
- Erwerbsunfähigkeitsrente
- Existenzschutz-Rente
- Grundfähigkeitsrente
- Adcuri- Opti5-Rente

Monatliche Rentenhöhe:Euro

Beginndatum: Endalter/Laufzeit:

Bevorzugte Gesellschaften:

Spezielle Anforderungen:

Besteht oder bestand bereits eine BU- oder EU-Absicherung?

Wurde bereits BU- oder EU-Anträge abgelehnt?

Angaben zum Gesundheitszustand:

Bitte kennzeichnen Sie den Bereich, in dem Sie bereits gesundheitliche Probleme haben oder hatten. Sie erhalten dann von uns einen entsprechenden Zusatzfragebogen.

(nicht notwendig, wenn Sie nur ein Angebot wünschen und keine konkrete Risikovorfrage durchgeführt werden soll).

- | | | | | |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Atemwege | <input type="checkbox"/> Augen | <input type="checkbox"/> Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Durchblutung | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Galle | <input type="checkbox"/> Gelenke |
| <input type="checkbox"/> Gewicht | <input type="checkbox"/> Gicht/Harnsäure | <input type="checkbox"/> Harnwege | <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Hoden | <input type="checkbox"/> Knie | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Leber |
| <input type="checkbox"/> Magen | <input type="checkbox"/> Nerven | <input type="checkbox"/> Niere | <input type="checkbox"/> Ohren | <input type="checkbox"/> Psyche |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Tumore | <input type="checkbox"/> Unfälle | <input type="checkbox"/> Unterleib |
| <input type="checkbox"/> Venen | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule | | | |

Ort/Datum:

Unterschrift: