

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

OPTICON Beratungs- und Finanzdienstleistungs GmbH

Hauptstr. 24 • 67273 Weisenheim am Berg

Tel.: 06353/5080200

Fax: 06353/5080201

info@opticon-bfg.de

http://www.opticon-bfg.de/

Persönlicher Ansprechpartner:

Versicherte Personen	
1. Versicherte Person (VP1) Name, Geburtsdatum, Geschlecht usw. der zu versichernden Person.	Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich Geburtsdatum: Geburtsort: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ Nichtraucher ☐ Raucher ☐ Nichtakademiker ☐ Akademiker ☐ Kein Motorradfahrer ☐ Motorradfahrer Jahresbruttoeinkommen: € Aktuell ausgeübter Beruf Steuer-Identifikationsnummer: Personalausweisnummer: Nationalität:
2. Versicherte Person (VP2) Name, Geburtsdatum, Geschlecht usw. der zu versichernden Person.	Name: Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich Geburtsdatum: Geburtsort: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ Nichtraucher ☐ Raucher ☐ Nichtakademiker ☐ Akademiker ☐ Kein Motorradfahrer ☐ Motorradfahrer Jahresbruttoeinkommen: € Aktuell ausgeübter Beruf: Steuer-Identifikationsnummer: Personalausweisnummer: Nationalität:
Vertragszeiten	

Erfassungsbogen Dread Disease – Softfair | Seite 2/4

Versicherungsbeginn	. .
Berechnung nach	☐ Versicherungsdauer = Jahre ☐ Ablaufalter = Jahre ☐ Versicherungsdauer = lebenslang
Berechnungsvorgaben	
Berechnungsvorgabe	☐ Versicherungssumme € ☐ Beitrag € (s. Zahlungsweise)
Zahlweise	☐ 1/12- ☐ 1/4- ☐ 1/2- ☐ 1/1-jährlich
Beitragsdynamik	☐ keine ☐ % (max. 10%)
Tarifbausteine	
Leistungen bei Tod	☐ Mindesttodesfallleistung ☐ % der Versicherungssumme
Gesundheitsfragen 1. versicherte Person ☐ Aufnahme mit separatem Fragebogen	Die folgenden Fragen sind nicht abschließend. Es gelten die Fragen des Versicherers im Antrag.
Körpergröße und Gewicht	cm kg
Wurde bereits ein Antrag bei einer Gesellschaft abgelehnt?	☐ nein ☐ ja Wenn ja , bei welcher?
Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren an Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen oder sonstigen Gesundheitsstörungen?	☐ nein ☐ ja Wenn ja , welche + Details?
Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante Untersuchungen von Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, oder anderen Heilbehandlern statt?	☐ nein ☐ ja Wenn ja , welche + Details?
Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium, oder Heilstätte statt?	☐ nein ☐ ja Wenn ja , welche + Details?

Erfassungsbogen Dread Disease – Softfair / Seite 3/4

Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt?	☐ nein ☐ ja Wenn ja , welche + Details?
Besteht eine Fehlsichtigkeit?	☐ nein ☐ ja Dioptrien links: Dioptrien rechts:
Gesundheitsfragen 2. versicherte Person ☐ Aufnahme mit separatem Fragebogen	Die folgenden Fragen sind nicht abschließend. Es gelten die Fragen des Versicherers im Antrag.
Körpergröße und Gewicht	cm kg
Wurde bereits ein Antrag bei einer Gesellschaft abgelehnt?	☐ nein ☐ ja Wenn ja , bei welcher?
Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren an Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen oder sonstigen Gesundheitsstörungen?	☐ nein ☐ ja Wenn ja , welche + Details?
Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante Untersuchungen von Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, oder anderen Heilbehndlern statt?	☐ nein ☐ ja Wenn ja , welche + Details?
Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium, oder Heilstätte statt?	☐ nein ☐ ja Wenn ja , welche + Details?
Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt?	☐ nein ☐ ja Wenn ja , welche + Details?

Besteht eine Fehlsichtigkeit?	☐ nein ☐ ja Dioptrien links: Dioptrien rechts:
Weitere Risikoabsicherungen	
Werden weitere Risikoabsicherungen gewünscht?	☐ Unfallversicherung ☐ BU-Versicherung ☐ Kranken(-tagegeld)versicherung
Sonstige Hinweise, Bemerkungen	
Unterschrift	
	Datum, Unterschrift
Rev002 vom 17.08.2012	