

Voranfrage Risikolebensversicherung / Seite 1/3

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:

Bitte erstellen Sie auf Basis der vorliegenden Angaben einen Vorschlag zur Risikolebensversicherung.	☐ ohne Risikoprüfung ☐ mit Risikoprüfung ☐ ohne HiS-Eintrag
1. Versicherte Person	
Name, Geburtsdatum, Geschlecht usw. der zu versichernden Person. Für weitere Personen bitte separate Erfassung erstellen.	Name: Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich Geburtsdatum: ☐ ledig ☐ verheiratet Anzahl der Kinder ☐ Nichtraucher ☐ Raucher ☐ Nichtakademiker ☐ Akademiker ☐ Kein Motorradfahrer ☐ Motorradfahrer Jahresbruttoeinkommen: € Aktuell ausgeübter Beruf: Über welche berufliche Ausbildung verfügen Sie? Steuer-Identifikationsnummer:
2. Vertragszeiten	
2.1. Versicherungsbeginn	. .
2.2. Berechnung nach	☐ Versicherungsdauer = Jahre ☐ Ablaufalter = Jahre
3. Berechnungsvorgaben	
3.1. Berechnungsvorgabe	☐ nach Versicherungssumme € ☐ nach Beitrag € (s. Zahlweise) ☐ nach Beitragsdepot €

Voranfrage Risikolebensversicherung / Seite 2/3

3.2. Zahlweise	☐ 1/12- ☐ 1/4- ☐ 1/2- ☐ 1/1-jährlich
3.3. Todesfallschutz	☐ konstante Todesfallleistung ☐ linear fallende Todesfallleistung ☐ progressiv fallende Todesfallleistung
3.4. Überschussverwendung	☐ optimiert ☐ Gewinnverrechnung ☐ Todesfallbonus ☐ Verzinsliche Ansammlung ☐ Fondsansammlung ☐ Sofortbonus
4. Gesundheitsfragen	
4.1. Körpergröße und Gewicht	cm kg
4.2. Wurde bereits ein Antrag bei einer Gesellschaft abgelehnt?	☐ nein ☐ ja Wenn ja , bei welcher?
4.3. Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante Untersuchungen von Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, oder anderen Heilbehandlern statt?	☐ nein ☐ ja Wenn ja , welche + Details?
4.4. 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?
4.5. Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt?	☐ nein ☐ ja Wenn ja , welche + Details?
4.6. Üben Sie ein Hobby mit erhöhter Unfallgefährdung oder Verletzungsgefahr (z. B. Kampfsport, Tauchen, Flugsport, Fallschirmspringen, Motorsport, Bergsport oder Extremsport) aus?	☐ nein ☐ ja Wenn ja , welches?

5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen

Einstverständniserklärung 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
☐