

## Angaben zur Angebotserstellung – Berufsunfähigkeitsversicherung

Eine Angebotserstellung ist nur bei vollständiger Beantwortung aller Fragen möglich.

### Versicherungsnehmer / Interessent

Name		Vorname	
Anschrift			
Geburtsdatum		Familienstand	
Telefon			Haben Sie minderjährige Kinder ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
E-Mail			

Raucher	<input type="checkbox"/> ja- Anzahl Zigaretten pro Tag:				<input type="checkbox"/> nein - seit mind. 10 Jahren Nichtraucher ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Größe	cm	Gewicht	kg	Motorradfahrer	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Beruf / Tätigkeit						
Berufsstand	<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Beamtenanwärter <input type="checkbox"/> Azubi <input type="checkbox"/> Schüler					
Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> Abgeschlossene Berufsausbildung <input type="checkbox"/> keine Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Meister <input type="checkbox"/> Akademiker					
Bildungsabschluss	<input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Promotion <input type="checkbox"/>					
Tätigkeit	Anteil Bürotätigkeit _____ %			Anteil körperliche Tätigkeit _____ %		
Personalverantwortung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ich habe Personalverantwortung für _____ Mitarbeiter					

monatliches Einkommen	Brutto:	Netto:
bestehende Berufsunfähigkeitsversicherung	Monatsrente:	<input type="checkbox"/> keine

### Berufsunfähigkeitsversicherung

gewünschte Monatsrente bei BU	€
Gewünschte Laufzeit	<input type="checkbox"/> bis Endalter 67 (Empfehlung) <input type="checkbox"/> bis Endalter _____

### Weitere Risiko-Angaben

Sind Sie privat oder beruflich besonderen Gefahren ausgesetzt (Bsp.: Tauchen / Flugrisiko / Motorsport / Umgang mit gesundheitsgefährdenden Stoffen)

nein  ja – nähere Angaben:

Bestehen chronische Erkrankungen ?

nein  ja – nähere Angaben:

Wurden Sie in den letzten 5 Jahren von einem Arzt behandelt und/oder gab es einen Krankenhausaufenthalt ?

nein  ja – nähere Angaben:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ?

nein  ja – nähere Angaben:

Weiterer Beratungswunsch außer Berufsunfähigkeitsversicherung ?  ja:  nein

### Erklärungen

#### Datenschutzerklärung

Der Kunde erklärt sich damit einverstanden, dass seine Daten - inkl. Angaben zur Gesundheit - unter Beachtung der Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Datenschutzgrundverordnung zum Zwecke der Angebotserstellung und Weiterverarbeitung bei der INSERVIO GmbH auch elektronisch gespeichert und an Produkthanbieter oder andere mit ihr vertraglich verbundene Partner zur Angebotserstellung Vertragsbearbeitung sowie ggf. Archivierung weitergeleitet werden.

#### Bonitätsprüfung

Ich willige ein, dass der/die angebotenen Versicherer Informationen zu meinem Zahlungsverhalten und Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von der infoscore Consumer Data GmbH oder ähnlicher Auskunftsfdateien einholen. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum	Unterschrift Kunde / Interessent
------------	----------------------------------

Einfach per Mail an: post@finanzbuero.info oder per WhatsApp an: 0151 28730869