

Kunde/Interessent: _____

Beitragsrelevante Fragen zur Berufsunfähigkeitsversicherung

Form der Berufsunfähigkeitsversicherung	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> in Kombination mit <input type="checkbox"/> Risiko-Leben ¹ <input type="checkbox"/> Kapital-Leben <input type="checkbox"/> Private Rente <input type="checkbox"/> Fondsgebundene Leben <input type="checkbox"/> Fondsgebundene Rente <input type="checkbox"/>
Benötigte Versicherungssummen	
Berufsunfähigkeitsrente	_____ €
Kombination mit _____	_____ €
Überschusssystem	<input type="checkbox"/> Beitragsverrechnung <input type="checkbox"/> Bonussystem <input type="checkbox"/> Fondsanlage <input type="checkbox"/> Optimierter Schutz
Sind Sie Raucher/in?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Größe / Gewicht	_____ cm / _____ kg
Vor- bzw. chronische Erkrankungen	_____ _____
Momentaner Verdienst brutto / netto p.a.	_____
Evtl. vorhandene BU-Absicherung (Vertrag, Gesellschaft, Höhe, Umfang)	_____
Versicherungsendalter oder –dauer	
Leistungsendalter oder –dauer	
Zahlungsweise	<input type="checkbox"/> jährl. <input type="checkbox"/> ½-jährl. <input type="checkbox"/> ¼-jährl. <input type="checkbox"/> monatlich
Beitragszahlungsdauer	Jahre
Personalverantwortung für	Personen
Anteil der kaufmännischen oder Bürotätigkeit	%
Anteil der körperlichen Tätigkeit	%

¹ Bitte Datenerhebungsbogen „Todesfallabsicherung Tabelle“ beachten.
Risikoanalyse Berufsunfähigkeit, Stand 16.02.2015

Wünschen Sie eine der folgenden Erweiterungen des Versicherungsschutzes?

- Wünschen Sie Versicherungsschutz in Krisen- und Kriegsgebieten? Ja Nein
- Wünschen Sie Versicherungsschutz auch bei Berufsunfähigkeit, die durch Fahrveranstaltungen mit Kraftfahrzeugen verursacht wurde, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt? Ja Nein
- Wünschen Sie Leistung auch dann, wenn die Berufsunfähigkeit durch Luftfahrten in Ihrer Eigenschaft als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer) oder Besatzungsmitglied verursacht wurde? Ja Nein
- Soll der Versicherer auch dann leisten, wenn die Berufsunfähigkeit durch Strahlen verursacht wurde? Ja Nein
- Soll der Versicherer eine beitragsfreie Dynamisierung des Haupttarifs im Leistungsfall anbieten? Ja Nein
- Soll die Versicherung eine Beitragsdynamik der Berufsunfähigkeitsleistungen (Rente und Beitragsbefreiung) ohne weitere Gesundheitsprüfung anbieten? Ja Nein
- Soll die Versicherung eine garantierte Rentendynamik im Leistungsfall ohne weitere Gesundheitsprüfung anbieten? Ja Nein
- Für Beamte: Wünschen Sie den Abschluss einer Dienstunfähigkeitsklausel? Ja Nein
- Wünschen Sie eine lebenslange Berufsunfähigkeitsrente? Ja Nein
- Benötigen Sie im Leistungsfall Anfangshilfen (z.B. Einmalzahlung)? Ja Nein
- Wünschen Sie eine Nachversicherungsgarantie bei Abschluss der Berufsausbildung? Ja Nein
- Wünschen Sie eine Nachversicherungsgarantie bei Heirat und Geburt/Adoption? Ja Nein
- Wünschen Sie eine Nachversicherungsgarantie bei sonstigen Anlässen? Ja Nein

Gesprächspartner und weitere Anwesende: _____

Beratungsort und Datum: _____

Unterschrift Kunde _____ Unterschrift Makler _____