

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

HENGSTENBERG & PARTNER GmbH
 Versicherungsmakler
 Sendlinger-Tor-Platz 11 • 80336 München
 Tel.: 089 - 54838-100
 Fax: 089 - 54838-101
 versicherungsmakler@hbup.de
 http://www.hbup.de

Persönlicher Ansprechpartner:

Abteilung Versicherungsmakler
 Tel.: 089 - 54838-100
 Fax: 089 - 54838-101
 versicherungsmakler@hbup.de

<p>Bitte erstellen Sie auf Basis der vorliegenden Angaben einen Vorschlag zur Berufsunfähigkeitsversicherung.</p>	<p><input type="checkbox"/> ohne Risikoprüfung <input type="checkbox"/> mit Risikoprüfung <input type="checkbox"/> ohne Sonderwagnis-Eintrag</p>
<p>Erweiterungen zum Berufsunfähigkeitsrisiko</p>	<p><input type="checkbox"/> keine - Selbständige BU <input type="checkbox"/> Todesfallabsicherung <input type="checkbox"/> mind. [] € <input type="checkbox"/> mind. [] % des Gesamtbeitrages <input type="checkbox"/> Basis-Rente (max. BU-Anteil) <input type="checkbox"/> mit Hinterbliebenenschutz <input type="checkbox"/> Private Rente / KapitalLV <input type="checkbox"/> Beitrag zur RV mtl.: [] € <input type="checkbox"/> Mtl. Rente garantiert [] € <input type="checkbox"/> Ablaufleistung garantiert [] €</p>
<p>1. Versicherte Person (VP)</p>	
<p>Name, Geburtsdatum, Geschlecht usw. der zu versichernden Person. Bitte für jede Person gesonderten Fragebogen aufnehmen.</p>	<p>Name: [] Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Geburtsdatum: [] <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> Raucher <input type="checkbox"/> Nichtakademiker <input type="checkbox"/> Akademiker Jahresbruttoeinkommen: [] € Aktuell ausgeübter Beruf: [] Über welche berufliche Ausbildung verfügen Sie? []</p>
<p>2. Berechnungsvorgaben</p>	
<p>2.1. Versicherungsbeginn</p>	<p>[] . [] . []</p>
<p>2.2. Endalter</p>	<p>[] . Lebensjahr der VP</p>

2.3. Verkürzte Beitragszahlung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - bis Alter <input type="text"/>
2.4. Leistung bis	<input type="text"/> . Lebensjahr der VP
2.5. Berechnung nach	<input type="checkbox"/> Garantierte BU-Rente gewünschte Rente: <input type="text"/> € mtl. <input type="checkbox"/> Beitrag gewünschter Beitrag: <input type="text"/> € mtl.
2.6. Zahlweise	<input type="checkbox"/> 1/12- <input type="checkbox"/> 1/4- <input type="checkbox"/> 1/2- <input type="checkbox"/> 1/1-jährlich
2.7. garantierte BU-Rentensteigerung	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> 1% <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> 3%
2.8. Beitragsdynamik	<input type="checkbox"/> keine Dynamik <input type="checkbox"/> <input type="text"/> % (1-10% mgl.)
2.9. Überschussverwendung in der Ansparphase	<input type="checkbox"/> optimiert <input type="checkbox"/> Gewinnverrechnung <input type="checkbox"/> Fonds-/Verzinsliche Ansammlung <input type="checkbox"/> Bonusrente
2.10. Karenzzeit	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Monate (3-24 Monate)
3. Angaben zum Beruf	
3.1. Genaue Berufsbezeichnung - evtl. Zusatzfragebogen Beruf nutzen, bzw. Tätigkeit beschreiben	<input type="text"/>
3.2. Aufsichtsführend tätig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.3. Überwiegend leitend tätig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.4. Personalverantwortung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - <input type="text"/> Mitarbeiter
3.5. Anteil der Bürotätigkeit	<input type="text"/> %
3.6. Anteil der körperlichen Tätigkeit	<input type="text"/> %
3.7. Berufsstatus	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/>
3.8. Besonderheiten zur Tätigkeit	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Schichtarbeit <input type="checkbox"/> Akkordarbeit <input type="checkbox"/> Schichtarbeit im Akkord <input type="checkbox"/> Gesellschafter-Geschäftsführer
3.9. Risikorelevantes Hobby	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
3.10. Anteil sitzender Tätigkeit ohne Schreibtisch	<input type="text"/> %
3.11. Abgeschlossene Ausbildung als	<input type="text"/>
3.12. Abgeschlossene kaufmännische Ausbildung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

für
am 18.05.2016

für
am 18.05.2016

4. Gesundheitsfragen	
4.1. Körpergröße und Gewicht	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
4.2. Wurde bereits ein Antrag bei einer Gesellschaft abgelehnt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bei welcher? <input type="text"/>
4.3. Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren an Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen oder sonstigen Gesundheitsstörungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche + Details? <input type="text"/>
4.4. Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante Untersuchungen von Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, oder anderen Heilbehandlern statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche + Details? <input type="text"/>
4.5. Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium, oder Heilstätte statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche + Details? <input type="text"/>
4.6. Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche + Details? <input type="text"/>
4.7. Besteht eine Fehlsichtigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Dioptrien links: <input type="text"/> Dioptrien rechts: <input type="text"/>
5. Alternative Risikoabsicherungen falls eine Berufsunfähigkeitsversicherung nicht möglich ist?	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> gewünscht
Wenn eine BU aus gesundheitlichen, beruflichen oder Hobbygründen nicht möglich ist, wünsche ich, sofern vom jeweiligem Versicherer angeboten, folgenden alternative Risikoprüfungen bzw. Angebote zur Arbeitskraftabsicherung?	<input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsversicherung <input type="checkbox"/> Grundfähigkeitsversicherung <input type="checkbox"/> Dread-Disease <input type="checkbox"/> funktionelle Invaliditätsabsicherung <input type="checkbox"/> Unfallversicherung

<p>6. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	<p>für . am 18.05.2016</p>
<p>Einverständniserklärung zur Datenweitergabe</p>	<p>Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.</p> <hr/> <p>Datum, Unterschrift</p>	
<p>Interne Notizen</p>		
<p>Mitarbeiter: <input type="text"/></p> <p>Datum : <input type="text"/></p> <p>Uhrzeit: Von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben</p> <p><input type="checkbox"/> persönliche Besprechung</p> <p><input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>	
<p>Rev004 vom 13.12.2013</p>		