

Anfragebogen:
Berufsunfähigkeitsversicherung

Anfragesteller:

Datum:

Persönliche Angaben:

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum:/ -ort _____

Staatsangehörigkeit: _____

 Geschlecht: männlich weiblich

 Familienstand: ledig verheiratet

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/ Wohnort: _____

Telefon/mobil: _____

Fax:/E-mail: _____

 Berufsstatus:

<input type="checkbox"/>	angestellt	<input type="checkbox"/>	selbstständig
<input type="checkbox"/>	Beamter	<input type="checkbox"/>	Polizei
<input type="checkbox"/>	Azubi	<input type="checkbox"/>	Schüler
<input type="checkbox"/>	Akademiker		

Erlernter Beruf: _____

Ausgeübter Beruf: _____

Branche: _____

Personalverantwortung für: _____ Personen

Anteil körperl./kaufm. Tätigk.% _____

Raucher/Nichtraucher: _____

Durchschn. Jahresbrutto _____

Durchschn. Jahresnetto _____

Versicherungsbeginn: _____

Versicherungsendalter: _____

Höhe der mtl. BU-Rente _____

Berufsbeschreibung _____

Unterschrift, Datum