

Bitte senden Sie uns das ausgefüllte Formular per Fax an 04471/7095430 oder per Post an RHC Versicherungsmakler GmbH, St.-Ludger-Straße 6, 49661 Cloppenburg

Datenerfassungsbogen Berufsunfähigkeitsversicherung

Daten Vertriebspartner

Firma _____	Name _____	Vorname _____
Telefax _____	eMail _____	Partnernummer _____

Persönliche Daten der zu versichernden Person

Frau Herr

Name _____	Vorname _____	akadem. Titel _____	Geburtsdatum _____
Strasse, Nr. _____		PLZ, Ort _____	<input type="checkbox"/> neue Bundesländer <input type="checkbox"/> alte Bundesländer
Telefon _____	Telefax _____	Mobil _____	eMail _____
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> Raucher <input type="checkbox"/> Nichtraucher	
		<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Selbständiger <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Auszubildender <input type="checkbox"/> Student	
erlernter Beruf _____	ausgeübter Beruf _____	Zweitberuf _____	
Personalverantwortung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anzahl der Mitarbeiter _____ Personen	Wie viel Prozent im Büro _____ %	Wie viel Prozent nicht im Büro _____ %
Welche Sportarten betreiben Sie (auch Breitensport) ? _____			

Monatliches Einkommen	brutto _____ €	netto _____ €	Gewünschte monatliche BU-Rente _____ € bis zum _____ Lebensjahr
Bereits vorhandene private/betriebliche BU-Vorsorge in Höhe von monatl. _____ €	Anlagezins _____ %		
Gesellschaft _____	Vertragsnummer _____	BU-Rente _____ € bis zum _____ Lj.	
Gesellschaft _____	Vertragsnummer _____	BU-Rente _____ € bis zum _____ Lj.	

Ambulante Behandlungen in den letzten 5 Jahren* <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Stationäre Behandlungen in den letzten 10 Jahren* <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	*Falls ambulante oder stationäre Behandlungen stattgefunden haben, bitte nachfolgend kurz auflisten:	
Krankheit/Unfall:	Behandlung	Behandlungszeitraum	ausgeheilt
1. _____	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. _____	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. _____	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. _____	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Auswahlkriterium für Versicherer bzw. BU-Tarif

Die Auswahl eines geeigneten Versicherers bzw. BU-Tarifs soll erfolgen (nur eine Auswahlmöglichkeit wählbar)

inhalts-/leistungsorientiert (qualitative Produktauswahl anhand des Fragenkatalogs des aktuellen BU-Navigator)

preisorientiert (quantitative Produktauswahl anhand der Vergleichssoftware Morgen & Morgen mit Filter 5 Sterne BU-Unternehmensrating)

nach Versicherbarkeit (spezielle Produktauswahl auf Grund von Vorerkrankungen, besonderen beruflichen Risiken oder Hobbies erforderlich)

Hiermit bestätige ich, sämtliche Fragen zu meiner Person gegenüber dem Berater vollständig und ohne jegliche Weglassung beantwortet zu haben. Die Haftung für meine eigenen Angaben obliegt ausschließlich mir. Hiermit stelle ich den Berater von jeglicher diesbezüglicher Haftung betreffs meiner Personen- und Vertragsdaten ausdrücklich frei.

Name, Vorname

Datum, Ort

Unterschrift Berater

Unterschrift Kunde