

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 pAV allgemein

## Daten Vertriebspartner

<b>Firma</b> _____	<b>Name</b> _____	<b>Vorname</b> _____
<b>Telefax</b> _____	<b>eMail</b> _____	<b>Partnernummer</b> _____

## Persönliche Daten der zu versichernden Person(en)

<b>PERSON 1</b> <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	<b>PERSON 2</b> <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Name _____ Vorname _____	Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Staatsangehörigkeit _____ Familienstand _____	Geburtsdatum _____ Staatsangehörigkeit _____ Familienstand _____
Ausgeübter Beruf _____	Ausgeübter Beruf _____

### Adresse

Strasse, Hausnummer _____	PLZ, Ort _____
Telefon _____ Telefax _____	Mobil _____ eMail _____

### Berufsstatus

<b>1 2 Person</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> selbständig, seit _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> freiberuflich, seit _____	<b>1 2 Person</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Beamter bei <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land, Beihilfeanspruch _____ % <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Auszubildender, bis ca. _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schüler, bis ca. _____	<b>1 2 Person</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Student, bis ca. _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Beamtenanwärter, bis ca. _____
---	---	---

### Einkommen

Bruttojahreseinkommen	Person 1 _____ €	Nettojahreseinkommen	Person 1 _____ €
	Person 2 _____ €		Person 2 _____ €

## Technische Daten

### Tarifart:

<b>1 2 Person</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lebensversicherung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grundfähigk.versicherung	<b>1 2 Person</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rentenversicherung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Verbundene Lebensversicherung	<b>1 2 Person</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Direktversicherung	<b>1 2 Person</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pflegerentenversicherung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Risikolebensversicherung:	<b>1 2 Person</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sterbegeldversicherung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mit konstanter VS	<b>1 2 Person</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dread Disease <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mit fallender VS
---	--	---	--	--	--

### erweiterte Tarifangaben:

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> klassisch <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Überschussbeteiligung: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rentenbezugsform: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Todesfallleistung im Aufschub: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Todesfallleist. im Rentenbezug:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> fondsgebunden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Beitragsverrechnung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> variabel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Beitragsrückgewähr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Restkapital	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> britisch <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bonus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> teildynamisch <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> % der Beitragssumme <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rentengarantiezeit _____ Jahre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sofort beginnend <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fondsansammlung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dynamisch <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> in Fonds _____ €
---	---	---	--

Nur zu beantworten wenn fondsorientierter Deckungsstock ausgewählt wurde:

Art:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> individuell <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gemanagt	Strategie:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sicherheit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wachstum <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chance
------	---	------------	--

Versicherungssumme	Person 1 _____ €	Person 2 _____ €
Beitrag	Person 1 _____ €	Person 2 _____ €
Zahlweise	Person 1 <input type="checkbox"/> Einmalbeitrag <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> monatlich	Person 2 <input type="checkbox"/> Einmalbeitrag <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> monatlich
monatliche Rente	Person 1 _____ €	Person 2 _____ €
Versicherungsdauer	Person 1 _____ Jahre oder Endalter _____	Person 2 _____ Jahre oder Endalter _____
Beitragszahlungsdauer	Person 1 _____ Jahre	Person 2 _____ Jahre

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