

Anforderungsbogen Unfallversicherung



per Fax an +49 (0) 5231 603-197 oder
per E-Mail an info@deutsche-vorsorge.de

Deutsche Vorsorge GmbH • Klingenbergstraße 4 • 32758 Detmold • Telefon +49 (0) 5231 603-0

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr und Frau			
Titel, Vorname, Name		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Telefon		E-Mail	
Arbeitgeber			
Versicherungsumfang			
1. Person			
Name		Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Vorname		Beruf	
Invaliditätsgrundsumme	Todesfallsumme	Krankenhaustagegeld (max. 50 €)	Unfallrente
Progression <input type="checkbox"/> 300 % <input type="checkbox"/> 500 %			
2. Person			
Name		Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Vorname		Beruf	
Invaliditätsgrundsumme	Todesfallsumme	Krankenhaustagegeld (max. 50 €)	Unfallrente
Progression <input type="checkbox"/> 3500 % <input type="checkbox"/> 500 %			
3. Person			
Name		Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Vorname		Beruf	
Invaliditätsgrundsumme	Todesfallsumme	Krankenhaustagegeld (max. 50 €)	Unfallrente
Progression <input type="checkbox"/> 300 % <input type="checkbox"/> 500 %			
4. Person			
Name		Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Vorname		Beruf	
Invaliditätsgrundsumme	Todesfallsumme	Krankenhaustagegeld (max. 50 €)	Unfallrente
Progression <input type="checkbox"/> 300 % <input type="checkbox"/> 500 %			

5. Person				
Name		Geburtsdatum		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Vorname		Beruf		
Invaliditätsgrundsumme	Todesfallsumme	Krankenhaustagegeld (max. 50 €)	Unfallrente	
Progression <input type="checkbox"/> 300 % <input type="checkbox"/> 500 %				
6. Person				
Name		Geburtsdatum		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Vorname		Beruf		
Invaliditätsgrundsumme	Todesfallsumme	Krankenhaustagegeld (max. 50 €)	Unfallrente	
Progression <input type="checkbox"/> 300 % <input type="checkbox"/> 500 %				
Versicherungsbeginn _____				
Vorversicherung				
Besteht/bestand eine Unfallversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Bei welchem Versicherer besteht/bestand für den Antragsteller/mitversicherten Ehe-/Lebenspartner eine Unfallversicherung?				
Vorversicherung		Versicherungsschein-Nr.		
Von wem wurde der Vertrag gekündigt? <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherung				
Vorschäden in den letzten fünf Jahren				
Anzahl	Art		Schadenhöhe	
Zahlweise				
<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> monatlich				
Zahlart				
<input type="checkbox"/> Überweisung <input type="checkbox"/> Lastschrift				