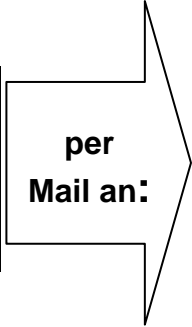


# Berufsunfähigkeit

## ANGEBOTSANFORDERUNG



Partner: \_\_\_\_\_  
C-Nummer: \_\_\_\_\_ Büro-Nr.: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
E-Mail : \_\_\_\_\_



lebensversicherung@qualitypool.de

### INTERESSENT

Herr  Frau   
Name: \_\_\_\_\_ Geb. am: \_\_\_\_\_  
Str./H-Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ /Ort: \_\_\_\_\_ Raucher  Nichtraucher   
Beruf \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

### VERTRAGSDAUER

Beginn: \_\_\_\_\_ Versicherungsdauer: \_\_\_\_\_ Jahre oder Endalter: \_\_\_\_\_ Jahre  
Leistungsdauer: \_\_\_\_\_ Jahre oder Endalter: \_\_\_\_\_ Jahre

### TARIFVORGABEN

BU – Art: BU  DU  Erwerbsunfähigkeit   
Grundfähigkeit  Pflege Rente   
Mit AU-Klausel  mit Pflege-Option   
Karenzzeit: ohne  6 Monate  12 Monate   
Höhe der Berufsunfähigkeitsrente mtl. \_\_\_\_\_ EUR Dynamik: \_\_\_\_ % keine   
Überschussverwendung: Beitragsverrechnung  Fondsanlage   
Gewünschte Gesellschaft: \_\_\_\_\_

### BERECHNUNGSVORGABEN

Beitragszahlungsweise: monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich   
Höchster Schulabschluss: \_\_\_\_\_  
Berufliche Ausbildung: \_\_\_\_\_ Bruttojahreseinkommen: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Branche \_\_\_\_\_  
(Studenten bitte auch das Fach-/Studien-/ Berufsziel angeben)  
Angestellter  Öffentlicher Dienst  Beamter auf Lebenszeit  auf Probe   
Akademiker  Selbständiger  mit Dienstunfähigkeit   
selbständig seit: \_\_\_\_\_  
Besoldungsgruppe: \_\_\_\_\_  
Personalverantwortung für: \_\_\_\_\_ Personen  
Anteil der Bürotätigkeit am festen Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_ %  
Anteil der körperlichen Tätigkeit: \_\_\_\_\_ %

DATENSCHUTZKLAUSEL

Der Kunde \_\_\_\_\_ willigt ein, dass seine personenbezogenen Daten, einschließlich der besonderer Kategorien wie Gesundheitsdaten, zur Bearbeitung, Angebotserstellung und zum Zwecke der Erlangung des gewünschten Versicherungsschutzes von der Volz Vertriebsservice GmbH, Birkenweg 4, 88250 Weingarten (genannt: Qualitypool KV-Team), sowie der SMART Insurtech, Klosterstr. 71, 10179 Berlin, erhoben, gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Der Kunde kann diese Einwilligung jederzeit formfrei für die Zukunft widerrufen.

Der Widerruf ist an die Volz Vertriebsservice GmbH, Birkenweg 4, 88250 Weingarten zu richten.

Telefon: 0451 - 14 08 7878

Telefax: 0451 - 14 08 7876

Mail: krankenversicherung@qualitypool.de

AUSWERTUNG BITTE IN FOLGENDER FORM UEBERSENDEN

Angebot erstellen und zusenden an

E-Mail: \_\_\_\_\_