

Lebensversicherung

ANGEBOTSANFORDERUNG

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

per
Mail an:

lebensversicherung@qualitypool.de

INTERESSENT

Herr Frau Geb. Datum: _____
Name: _____ Raucher Nichtraucher
Str./H-Nr.: _____ Körpergröße _____ Gewicht _____
PLZ /Ort: _____ Beruf: _____

TARIFVORGABEN

Sterbegeldversicherung **Dread Disease**
Risikolebensversicherung mit konstanter Versicherungssumme Kapitallebensversicherung
Risikolebensversicherung mit linear fallender Versicherungssumme Fondgebundene LV
Darlehensabsicherung Zinssatz: _____ Tilgung Satz: _____
Risikolebensversicherung verbundene Leben
Zusatzangaben 2.VP (nur bei Verbundener Leben): Raucher Nichtraucher
Name: _____ Beruf: _____
Geb.-Dat. _____ Größe: _____ Gewicht: _____

BERECHNUNGSVORGABEN

Beginn _____ **Laufzeit** _____ Jahre **oder** **Endalter** _____ Jahre
Beitragszahlungsweise: monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich
Berechnungsvorgabe: Beitrag Vers.-Summe **Vorgabewert** _____ EUR
Dynamikerhöhung _____ % **Risiko "Motorradfahren" mitversichern** Ja Nein

ZUSATZVERSICHERUNG BUZ

Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit Ja Nein
Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeitsrente Ja Nein Höhe BU mtl.: _____ EUR
Laufzeit der Zusatzversicherung _____ Jahre oder gleiche Laufzeit wie Hauptversicherung
Karenzzeit: ohne 6 Monate 12 Monate
Beruf: _____ Branche: _____
(Studenten bitte auch das Fach-/Studien-/ Berufsziel angeben)
Angestellter Selbständiger Akademiker Beamter / öffentlicher Dienst ja nein
Personalverantwortung für: _____ Personen
Anteil der Bürotätigkeit am festen Arbeitsplatz: _____ %
Anteil der körperlichen Tätigkeit: _____ %

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: krankensversicherung@qualitypool.de

AUSWERTUNG BITTE IN FOLGENDER FORM UEBERSENDEN

Angebot erstellen und zusenden an

E-Mail: _____