

Verti Risikolebensversicherung – Erfassungsbogen für Makler

Vielen Dank für Ihr Interesse an einer Verti Risikolebensversicherung. Dieses Dokument dient der Erfassung der notwendigen Informationen für eine Versicherungsanfrage. Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Dokument an: Makler-Leben@verti.de

So geht es anschließend weiter: Das Verti Maklerservice Team erstellt Ihnen auf Basis dieser Angaben entweder ein verbindliches Angebot für Ihre Kundin bzw. Ihren Kunden oder – wenn im individuellen Fall zur weiteren Bearbeitung notwendig – fordert weitere Informationen oder Unterlagen bei Ihnen an.

Angaben der zu versichernden Person

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____ m _____ w

Geburtsname: _____ Geburtsort: _____

Familienstand: _____ verheiratet _____ ledig _____ geschieden _____ verwittwet _____ keine Angabe

Beruf/Tätigkeit: _____ Berufliche Stellung: _____

Größe in cm: _____ Gewicht in kg: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Anschrift (Straße & Hausnummer): _____

Postleitzahl: _____ Wohnort: _____

Telefon (Bitte Mobilnummer angeben): _____ E-Mail-Adresse: _____

Angaben zum gewünschten Vertrag

Versicherungssumme in EUR: _____

Verlauf der VS: _____ gleichbleibend _____ linear fallend _____ steigend

Versicherungsbeginn: _____ Laufzeit in Jahren _____

Beitragszahlweise: _____ monatlich _____ jährlich

Tarif: _____ Premium _____ Klassik

Gewünschte Zusatzversicherungen:

Unfalltod-Zusatzversicherung (Klassik 50%/Premium 100%)
 Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit (nur bei Premium möglich)
 Absicherung bei schwerer Krankheit (nur bei Premium möglich)

Angaben zum Lebensstil der zu versichernden Person

1. Welche der folgenden Sportarten üben Sie aus? (Mehrfachauswahl erlaubt)

Bergsteigen oder Klettern (außer Wandern unter 5.000 m)	Flugsport (z. B. privates Fliegen,
Tauchen (außer Schnorcheln und Tauchen im Urlaub,	Fallschirmspringen, Paragliding)
sofern nicht Höhlen- oder Wracktauchen)	Extremsportarten oder Sportarten mit
Motorsport (z. B. Autosport, Motorradspport)	erhöhtem Risiko (z. B. Basejumping, Rooftopping)
	Keine der oben genannten Sportarten

Wenn Sie eine Sportart ausgewählt haben, machen Sie hier bitte noch weitere Angaben
 (Amateur oder Profi, welche Sportart genau, wo genau, allein oder in Begleitung etc.):



- | | | |
|---|----|------|
| 2. Planen Sie in den nächsten 12 Monaten, außerhalb von Urlaubsreisen, länger als 6 Monate am Stück oder insgesamt ins außereuropäische Ausland zu verreisen? | Ja | Nein |
|---|----|------|

Falls ja, benötigen wir weitere Angaben von Ihnen (welches Land, voraussichtlicher Beginn des Aufenthaltes, Dauer des Aufenthaltes, Zweck der Reise):

Angaben zur Gesundheit der zu versichernden Person (Gesundheitsfragen)

- | | | |
|--|----|------|
| 1. Haben Sie in den letzten 12 Monaten regelmäßig (an den meisten Tagen einer Woche) oder dauerhaft verschreibungspflichtige Medikamente (z. B. Salben, Tabletten, Sprays) verwendet oder eingenommen? | Ja | Nein |
| 2. Waren Sie in den letzten 12 Monaten 14 Tage am Stück oder länger arbeitsunfähig? | Ja | Nein |
| 3. Wurden Sie in den letzten 3 Jahren wegen derselben Erkrankung oder Gesundheitsstörung häufiger als 4 mal beraten, behandelt oder untersucht oder wurde Ihnen das vom Arzt empfohlen? | Ja | Nein |
| 4. Wurden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren im Rahmen von medizinischen Untersuchungen behandlungs-/kontrollbedürftige Befunde festgestellt oder stehen noch Befunde von bereits durchgeführten Untersuchungen aus? (Unter behandlungs-/kontrollbedürftigen Befunden verstehen wir nur Befunde, die von der Norm abweichen, also keine Normalbefunde sind. Wurden Tests gemacht oder Befunde erhoben, die normal waren und auch keine weitere Kontrolle oder Behandlung benötigten, dann müssen sie nicht angegeben werden.) | Ja | Nein |
| 5. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren dauerhafte (chronische) Erkrankungen und Infektionen? (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Rheuma, Multiple Sklerose, Hepatitis B oder C, HIV, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa) | Ja | Nein |
| 6. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren in einem Krankenhaus, einer Rehabilitationsklinik, Entzugsklinik oder einer anderen stationären Einrichtung behandelt oder untersucht? (Nicht anzugeben sind einfache ausgeheilte und beschwerdefreie Verletzungen wie z.B. Prellungen, Verstauchungen oder Knochenbrüche und komplikationslose Schwangerschaft.) | Ja | Nein |



Wenn Sie eine oder mehrere der Gesundheitsfragen mit „ja“ beantwortet haben, machen Sie bitte noch weitere Angaben zu den gestellten Diagnosen.

Zusatzangaben Gesundheitsfragen

Wenn Sie mehrere Diagnosen haben, dann tragen Sie diese bitte in dem entsprechenden Extrafeld, weiter unten in diesem Bogen, ein.

- Welche Diagnose wurde gestellt? (Bitte hier den Namen der Diagnose angeben.)

- Wann wurde Ihre Erkrankung von einem Arzt diagnostiziert? (Bitte geben Sie ein ungefähres Datum an)

- Wann sind zuletzt Beschwerden/Symptome bei Ihnen aufgetreten bzw. wann wurden diese zuletzt behandelt?

- Wie viele Tage waren Sie aufgrund dieser Erkrankung während der letzten 12 Monate arbeitsunfähig?

- Sind Sie aufgrund dieser Erkrankung derzeit in Behandlung? Ja Nein

- Haben Sie sich vollständig erholt und sind Sie völlig beschwerdefrei? Ja Nein

- Wie oft ist die Erkrankung aufgetreten?

Bitte machen Sie nähere Angaben zu Ihrer Erkrankung/Ihren Beschwerden, einschließlich der Ursache, den Ergebnissen aller Untersuchungen, der Behandlung, der Komplikationen und deren Folgen:

Wenn weitere Diagnosen gestellt wurden, machen Sie bitte ebenfalls entsprechende nähere Angaben dazu (gestellte Diagnose, Diagnosedatum, letztes Beschwerde- bzw. Behandlungsdatum, AU Dauer in den letzten 12 Monaten, derzeit in Behandlung oder vollständig erholt bzw. beschwerdefrei, Häufigkeit, weitere Angaben):



Zusätzliche Angaben bei ausländischer Staatsangehörigkeit der zu versichernden Person

- | | | |
|---|----|------|
| 1. Besitzen Sie eine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung für Deutschland? | Ja | Nein |
| Wenn nein, machen Sie bitte weitere Angaben: | | |
| Sind Sie Inhaber einer blauen Karte der EU? | Ja | Nein |
| 2. Familienstand: | | |
| Wenn verheiratet, bitte Nationalität des Ehepartners angeben: | | |
| 3. Haben Sie schulpflichtige Kinder in Deutschland? | Ja | Nein |

Bestehende Versicherungen

- | | | |
|--|----|------|
| 1. Wurde bei Ihnen in den letzten 10 Jahren ein Antrag auf Risikolebensversicherung, eine Versicherung für schwere Krankheiten (Dread Disease) oder Berufsunfähigkeit abgelehnt? | Ja | Nein |
|--|----|------|

Falls ja, teilen Sie uns bitte den Grund der Ablehnung mit und wann Sie die Ablehnung erhalten haben:

- | | | |
|--|----|------|
| 2. Wird die Gesamtversicherungssumme all Ihrer Risikolebensversicherungen über 750.000 Euro liegen, wenn Sie die jetzt beantragte abschließen? | Ja | Nein |
| 3. Falls ja, teilen Sie uns bitte die Höhe der Gesamtversicherungssumme Ihrer bereits bestehenden Risikolebensversicherungen (ohne diesen Antrag) mit. | | |

Angaben zu den Gewohnheiten (Detailangaben zum Raucher/Nichtraucherstatus)

Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht?	Ja	Nein
---	----	------

Wenn nein, seit wann sind Sie Nichtraucher?

1-3 Jahre	>3-6 Jahre	>6-10 Jahre	Mehr als 10 Jahre oder noch nie geraucht
-----------	------------	-------------	--

Wenn Sie in den letzten 12 Monaten geraucht haben, machen Sie bitte noch folgende Angaben:
Welche nikotinhaltigen Produkte konsumieren Sie?

Zigaretten	Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich?		
Zigarren	Vapo	E-Zigaretten	Andere

