

Fragebogen zum Sorglos-Schutz



A. Persönliche Angaben		1. versicherte Person	2. versicherte Person
Titel			
Vorname			
Zuname			
Geburtsname			
Strasse, Nr.			
PLZ, Ort			
Geburtsdatum			
Alter bei Versicherungsbeginn			
Geburtsort			
Geschlecht		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Staatsangehörigkeit		<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>
ausgeübter Beruf			
beschäftigt bei			
dort tätig / beschäftigt seit (MM.JJJJ)			
Beschäftigungsverhältnis		<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Gewerbetreibender	<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Gewerbetreibender
Familienstand		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getr.lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetr. LG	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getr.lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetr. LG
Telefon Mobil			
E-Mail			
Bankverbindung	Konto-Inhaber		
für Lastschrifteinzug	Konto-Nr.		
	Bankleitzahl		
	Institut		
Darlehensgeber (Name)			
	Straße, Nr.		
	PLZ, Ort		
	Darlehensnummer		
	Kapitaldienst monatlich		

B. Vertragsdaten

Versicherungsbeginn		Arbeitsunfähigkeit - versicherte Rate monatlich	
Vertragslaufzeit in Monaten		Arbeitslosigkeit - versicherte Rate monatlich	
Beitrag monatlich		Versicherungsleistung bei Tod	

Vermittlerdaten	Firma		Telefon	
	Vorname		Telefax	
	Name		E-Mail	
	PLZ Ort			