

**Fragebogen zur Berufsunfähigkeitsversicherung**Per Fax: 07144 – 808 – 500  
Per E-Mail: service@ino24.de

Personendaten							
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Angestellt <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Nicht berufstätig							
Vorname:					<input type="checkbox"/> Akademiker(in)?		
Name:					<input type="checkbox"/> Eigenes Einkommen?		
Anschrift							
Geburtsdatum:			Familienstand:				
Staatsangehörigkeit:			Raucher:	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
E-Mail-Adresse:			Telefon privat:				

Daten zur korrekten Berechnung eines Angebots			
Derzeit ausgeübte Tätigkeit:			
Abgeschlossene Ausbildung / Studium als:			
Ggf. höchster erworbener akad. Grad:			
Anteil der Bürotätigkeit bzw. ggf. der körperl. Tätigkeit			
Reisetätigkeit mit eigenem PKW:	<input type="checkbox"/> kleiner 30 %	<input type="checkbox"/> bis 50 %	<input type="checkbox"/> mehr als 50 %
Ggf. Personalverantwortung:	Für wie viele Personen?		
Nicht-Raucher:	<input type="checkbox"/> ja, länger als 10 Jahre <input type="checkbox"/> ja, länger als 1 Jahr		
Größe:		Gewicht:	
Mtl. Bruttoeinkommen:		Mtl. Nettoeinkommen:	
Gefährliche Hobbys:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende Sportarten:		
Motorradfahrer:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bereits einen Antrag gestellt?	<input type="checkbox"/> ja, aber dieser wurde abgelehnt <input type="checkbox"/> ja, ich habe eine BU <input type="checkbox"/> nein		
Sind Sie gesund?	<input type="checkbox"/> ja (außer Allergien) <input type="checkbox"/> Geht so <input type="checkbox"/> nein		
Falls Sie eine chronische Beschwerden haben oder ein anderes Zipperlein. Welche (Stichwort reicht)?			

**Personendaten Ihrer Kinder (falls Angebot ebenfalls gewünscht)****Bitte geben Sie ggf. die Daten Ihrer Kinder an**

Vorname:		Geb.-Datum:	<input type="checkbox"/>	Eigenes Einkommen		
<input type="checkbox"/> Schüler <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Ausbildung						
Ausbildungsberuf:		Familienstand:				
Staatsangehörigkeit:		Raucher:	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<b>Bitte geben Sie ggf. die Daten Ihrer Kinder an</b>						
Vorname:		Geb.-Datum:	<input type="checkbox"/>	Eigenes Einkommen		
<input type="checkbox"/> Schüler <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Ausbildung						
Ausbildungsberuf:		Familienstand:				
Staatsangehörigkeit:		Raucher:	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

**Bereits bestehende Versicherungen**

Falls vorhanden

<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsversicherung <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung in einem anderen Vertrag	
Gesellschaft:	
Vertragsnummer:	
Beitrag / Zahlweise:	
Beginn:	
Ablauf / Endalter:	
Mtl. BU-Rentenhöhe:	In EURO

Hinweis:

Zur Berechnung eines Angebots müssen wir Ihre Daten elektronisch verarbeiten und speichern.  
Selbstverständlich werden wir diese Daten ohne Ihre Erlaubnis nicht an Dritte weitergeben ohne vorher Ihre Zustimmung einzuholen.

<input type="checkbox"/> Ja, ich bin mit der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten durch die ino24 im Rahmen der geltenden Datenschutzbestimmungen einverstanden.
Datum, Unterschrift