

**Beratung durch:**

artemis Versicherungsmakler GmbH  
Am Felde 132 • 22765 Hamburg  
Tel.: 040/ 3808935-100 • Fax: 040/ 3808935-101  
info@artemis-makler.de  
http://www.artemis-makler.de

**Versicherungsnehmer:**

**Persönlicher Ansprechpartner:**

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Bitte erstellen Sie auf Basis der vorliegenden Angaben einen Vorschlag zur Risikolebensversicherung.</b></p>                   | <p><input type="checkbox"/> ohne Riskoprüfung<br/><input type="checkbox"/> mit Riskoprüfung<br/><input type="checkbox"/> ohne SoWa-Eintrag</p>  |
| <p><b>1. Versicherte Person</b></p>  |   |
| <p>Name, Geburtsdatum, Geschlecht usw. der zu versichernden Person.<br/>Für weitere Personen bitte separate Erfassung erstellen.</p> | <p><input type="text"/><br/><input type="text"/><br/>Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich<br/>Geburtsdatum: <input type="text"/><br/><input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet<br/><input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> Raucher<br/><input type="checkbox"/> Nichtakademiker <input type="checkbox"/> Akademiker<br/><input type="checkbox"/> Kein Motorradfahrer <input type="checkbox"/> Motorradfahrer<br/>Größe: <input type="text"/> cm<br/>Gewicht: <input type="text"/> kg<br/>Jahresbruttoeinkommen: <input type="text"/> Euro<br/>Aktuell ausgeübter Beruf:<br/><input type="text"/><br/>Steuer-Identifikationsnummer:<br/><input type="text"/></p> |
| <p><b>2. Vertragszeiten</b></p>  |   |
| <p>2.1. Versicherungsbeginn</p>  | <p><input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/></p>   |
| <p>2.2. Berechnung nach</p>  | <p><input type="checkbox"/> Versicherungsdauer = <input type="text"/> Jahre<br/><input type="checkbox"/> Ablaufalter = <input type="text"/> Jahre</p>   |
| <p><b>3. Berechnungsvorgaben</b></p>   |   |
| <p>3.1. Berechnungsvorgabe</p>   | <p><input type="checkbox"/> nach Versicherungssumme <input type="text"/> Euro<br/><input type="checkbox"/> nach Beitrag <input type="text"/> Euro (s. Zahlweise)<br/><input type="checkbox"/> nach Beitragsdepot <input type="text"/> Euro</p>  |
| <p>3.2. Zahlweise</p>  | <p><input type="checkbox"/> 1/12- <input type="checkbox"/> 1/4- <input type="checkbox"/> 1/2- <input type="checkbox"/> 1/1-jährlich</p>   |

|  |   |
|--|---|
| 3.3. Todesfallschutz   | <input type="checkbox"/> konstante Todesfalleistung<br><input type="checkbox"/> linear fallende Todesfalleistung<br><input type="checkbox"/> progressiv fallende Todesfalleistung   |
| 3.4. Überschussverwendung  | <input type="checkbox"/> optimiert<br><input type="checkbox"/> Gewinnverrechnung<br><input type="checkbox"/> Todesfallbonus<br><input type="checkbox"/> Verzinsliche Ansammlung<br><input type="checkbox"/> Fondsansammlung<br><input type="checkbox"/> Sofortbonus |
| <b>4. Gesundheitsfragen</b>  |   |
| 4.1. Körpergröße und Gewicht   | <input type="text"/> cm <input type="text"/> kg   |
| 4.2. Wurde bereits ein Antrag bei einer Gesellschaft abgelehnt?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Wenn <b>ja</b> , bei welcher?<br><input type="text"/>  |
| 4.3. Fanden in den letzten <b>5</b> Jahren ambulante Untersuchungen von Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, oder andere Heilbehandlern statt?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Wenn <b>ja</b> , welche + Details?<br><input type="text"/>   |
| 4.4. Fanden in den letzten <b>10</b> Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium, oder Heilstätte statt?              | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Wenn <b>ja</b> , welche + Details?<br><input type="text"/>   |
| 4.5. Wurde in den letzten <b>10</b> Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Wenn <b>ja</b> , welche + Details?<br><input type="text"/>   |
| 4.6. Üben Sie ein Hobby mit erhöhter Unfallgefährdung oder Verletzungsgefahr (z. B. Kampfsport, Tauchen, Flugsport, Fallschirmspringen, Motorsport, Bergsport oder Extremsport) aus? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Wenn <b>ja</b> , welches?<br><input type="text"/>  |
| <b>5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</b>  |   |
| <input type="text"/>   |   |

**Einverständniserklärung zur Datenweitergabe**

Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

**Interne Notizen**

Mitarbeiter:   
 Datum :   
 Uhrzeit: Von  bis

telefonische Erfassung     schriftliche Kundenangaben  
 persönliche Besprechung  
 im Maklerbüro     beim Kunden