

## Risikoanalyse für die Berufsunfähigkeits-Versicherung bzw. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Kunde/Interessent: \_\_\_\_\_

### Beitragsrelevante Fragen

Form der Berufsunfähigkeitsversicherung	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> in Kombination mit <input type="checkbox"/> Risiko-Leben <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Kapital-Leben <input type="checkbox"/> Private Rente <input type="checkbox"/> Fondsgebundene Leben <input type="checkbox"/> Fondsgebundene Rente <input type="checkbox"/> .....
Benötigte Versicherungssummen	
Berufsunfähigkeitsrente	_____ €
Kombination mit _____	_____ €
Überschussystem	<input type="checkbox"/> Beitragsverrechnung <input type="checkbox"/> Bonussystem <input type="checkbox"/> Fondsanlage <input type="checkbox"/> Optimierter Schutz
Sind Sie Raucher/in?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Versicherungsendalter oder –dauer	
Leistungsendalter oder –dauer	
Zahlungsweise	<input type="checkbox"/> jährl. <input type="checkbox"/> ½-jährl. <input type="checkbox"/> ¼-jährl. <input type="checkbox"/> monatlich
Beitragszahlungsdauer	Jahre
Personalverantwortung für	Personen
Anteil der kaufmännischen oder Bürotätigkeit	%
Anteil der körperlichen Tätigkeit	%

<sup>1</sup> Bitte Datenerhebungsbogen „Todesfallabsicherung Tabelle“ beachten.

**Wünschen Sie eine der folgenden Erweiterungen des Versicherungsschutzes?**

- |                                                                                                                                                                                                      |                             |                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Wünschen Sie Versicherungsschutz in Krisen- und Kriegsgebieten?                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wünschen Sie Versicherungsschutz auch bei Berufsunfähigkeit, die durch Fahrveranstaltungen mit Kraftfahrzeugen verursacht wurde, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wünschen Sie Leistung auch dann, wenn die Berufsunfähigkeit durch Luftfahrten in Ihrer Eigenschaft als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer) oder Besatzungsmitglied verursacht wurde?     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Soll der Versicherer auch dann leisten, wenn die Berufsunfähigkeit durch Strahlen verursacht wurde?                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Soll der Versicherer eine beitragsfreie Dynamisierung des Haupttarifs im Leistungsfall anbieten?                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Soll die Versicherung eine Beitragsdynamik der Berufsunfähigkeitsleistungen (Rente und Beitragsbefreiung) ohne weitere Gesundheitsprüfung anbieten?                                                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Soll die Versicherung eine garantierte Rentendynamik im Leistungsfall ohne weitere Gesundheitsprüfung anbieten?                                                                                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Für Beamte: Wünschen Sie den Abschluss einer Dienstunfähigkeitsklausel?                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wünschen Sie eine lebenslange Berufsunfähigkeitsrente?                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Benötigen Sie im Leistungsfall Anfangshilfen (z.B. Einmalzahlung)?                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wünschen Sie eine Nachversicherungsgarantie bei Abschluss der Berufsausbildung?                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wünschen Sie eine Nachversicherungsgarantie bei Heirat und Geburt/Adoption?                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wünschen Sie eine Nachversicherungsgarantie bei sonstigen Anlässen?                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Gesprächspartner und weitere Anwesende \_\_\_\_\_

Beratungsort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Kunde \_\_\_\_\_      Unterschrift Vermittler \_\_\_\_\_