

Versorgungsscheck für eine Dread-Disease-Police

Bitte beantworten Sie jede Frage wahrheitsgemäß und so genau wie möglich. Beachten Sie, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben, auch dann, wenn sie für die Schadenfeststellung folgenlos geblieben sind und wenn dem Versicherer hierdurch kein Nachteil entsteht.

Adressat:

Absender:

Versorgungsscheck für eine Dread-Disease-Police	
Versicherungsnehmer:	
<u>Anschrift</u> Straße: PLZ Ort: Telefon (priv): Telefon (dienstl.): Telefax: e-Mail-Adresse:	
Ihre Tarifvorgaben:	
Versicherungsbeginn:	
Versicherungssumme bei Tod	€
oder Ablaufleistung	€
oder Beitrag	€ <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> 1/12-jährlich
Laufzeit	Jahre
oder Endalter	Lebensjahr
Angaben zur versicherten Person:	
versicherte Person:	
Geburtsdatum:	
<u>Anschrift</u> Straße: PLZ Ort: Telefon (priv): Telefon (dienstl.): Telefax: e-Mail-Adresse:	
Beruf	
selbständig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, beschäftigt bei:
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Raucher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, seit <input type="checkbox"/> nein, nie geraucht

In der Übersicht sehen Sie, welche wesentlichen Krankheiten bzw. Leistungen durch die Dread-Disease-Police abgedeckt werden können.
Bitte prüfen Sie, welche möglichen Bausteine für Sie infrage kommen und senden uns Ihre Anmerkungen zu:

Wichtig	Versicherbare Krankheiten / Leistungen	Anmerkungen
<input type="checkbox"/>	AIDS durch Bluttransfusion (HIV-Infektion)	
<input type="checkbox"/>	AIDS infolge Berufsausbildung (HIV-Infektion)	
<input type="checkbox"/>	Alzheimer-Demenz	
<input type="checkbox"/>	Aortaoperation (Aortenplastik)	
<input type="checkbox"/>	Agioplastie am Herzen	
<input type="checkbox"/>	Bakterielle Hirnhautentzündung	
<input type="checkbox"/>	Blindheit	
<input type="checkbox"/>	Bypass-Operation der Koronarterien	
<input type="checkbox"/>	Creutzfeld-Jacob-Krankheit	
<input type="checkbox"/>	Erlebensfalleistung (Altersvorsorge)	
<input type="checkbox"/>	Erwerbsunfähigkeit	
<input type="checkbox"/>	Herztransplantation	
<input type="checkbox"/>	Hirntumor	
<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	
<input type="checkbox"/>	Herzklappen-Operation	
<input type="checkbox"/>	Koma	
<input type="checkbox"/>	Krankheiten, die binnen zwölf Monaten zum Tod führen	
<input type="checkbox"/>	Krebs	
<input type="checkbox"/>	Lähmung	
<input type="checkbox"/>	Motorneurone Erkrankung	
<input type="checkbox"/>	Multiple-Sklerose	
<input type="checkbox"/>	Nierenversagen	
<input type="checkbox"/>	Operation am offenen Herzen	
<input type="checkbox"/>	Parkinsonsche-Krankheit	

<input type="checkbox"/>	Pflegebedürftigkeit	
<input type="checkbox"/>	Rheumatoide Arthritis	
<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	
<input type="checkbox"/>	Schwere Verbrennungen	
<input type="checkbox"/>	Sprachverlust	
<input type="checkbox"/>	Taubheit	
<input type="checkbox"/>	Tod	
<input type="checkbox"/>	Transplantation von Hauptorganen	
<input type="checkbox"/>	Verlust von Gliedmaßen	

Fragen / Anmerkungen:

Ort:

Datum:

(ggf.) Unterschrift des Versicherungsnehmers: _____

© Copyright acteam interNETional GmbH