

Per Mail an angebot@sdv.ag oder Fax an 0821/71008-999



Vermittlernamen

Vermittlernummer

E-Mail Adresse

Datum

Eingang

Angebotsanforderung Unfallversicherung

Angaben Versicherungsnehmer

Name, Vorname _____ Geschlecht männlich weiblich
Straße, Hausnummer _____ Beruf _____
PLZ, Ort _____ Branche _____
Geburtsdatum _____ öffentlicher Dienst

Versicherte Personen

	Name, Vorname	m	w	Geburtsdatum	Beruf
VP 1	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
VP 2	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
VP 3	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
VP 4	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Versicherungsumfang

Basis Kompakt Premium

	VP 1	VP 2	VP 3	VP 4
Invaliditätssumme	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Progression	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
Todesfallsumme	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
KH-Tagesgeld	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Genesungsgeld	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Rente monatlich	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €

Unfallversicherung mit Beitragsrückgewähr

Anlageart: klassisch
 fondsgebunden

Laufzeit: _____ Jahre Beitragszahlungsdauer: _____ Jahre

Vorvertrag

Gesellschaft _____ Vertragsnummer _____ Beginn _____ Ablauf _____ Beitrag _____
gekündigt ja nein durch VN VR Zahlungsweise: jährlich vierteljährlich
 monatlich halbjährlich

Vorschäden ja nein
Jahr _____
Art _____
Höhe _____

Besondere Anforderungen an den Versicherungsschutz/ Sonstige Bemerkungen: