

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Geburtsdatum:

Fragebogen zur Bonitätsprüfung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die Übernahme eines hohen Versicherungsschutzes erfordert eine genaue Risikoprüfung, die sich nicht nur auf die gesundheitlichen Verhältnisse der zu versichernden Person beschränkt. Deshalb bitten wir Sie um eine sorgfältige und gewissenhafte Beantwortung der folgenden Fragen.

Selbstverständlich können Sie sich darauf verlassen, dass Ihre Angaben und Unterlagen, die Sie uns zur Verfügung stellen, streng vertraulich behandelt werden. Wenn sie es wünschen, können sie die Unterlagen unmittelbar an die Direktion der ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a.G. in Oberursel senden.

Bei Arbeitnehmern: Angaben zum Arbeitsverhältnis

1. Sind Sie im elterlichen Betrieb tätig? nein ja
Falls ja, Art des Betriebes, Firmenbezeichnung

2. Sind Sie im Betrieb des Ehegatten / eingetragenen Lebenspartners tätig? nein ja
Falls ja Art des Betriebes, Firmenbezeichnung:

3. Name des Arbeitgebers bei dem Sie Tätigkeiten gegen Entgelt ausüben (Art des Betriebes, Firmenbezeichnung)

Erster Arbeitgeber? _____
_____ zu _____ %

Zweiter Arbeitgeber? _____
_____ zu _____ %

Dritter Arbeitgeber? _____
_____ zu _____ %

4. Höhe aller Einkünfte aus nichtselbständiger Tätigkeit der letzten 3 Jahre (bitte Nachweise beifügen)

_____ EUR Jahr 20 _____ EUR Jahr 20 _____ EUR Jahr 20

Bei Selbständigen und bei Rückdeckungsversicherungen: Angaben zum Betrieb, zum Unternehmen bzw. zur Praxis

1. Gründungsjahr _____ Rechtsform der Gesellschaft: _____

Handelt es sich um eine
Neugründung (bitte Existenzgründungsplan beifügen) nein ja

Übernahme (bitte Bilanz des Vorbesitzers beifügen) nein ja

2. Branche (bitte genaue Angaben über die Art des Betriebes, z.B. Art und Umfang der Dienstleistung, Art der hergestellten Produkte usw.) _____

3. Wie ist der Betrieb, das Unternehmen bzw. die Praxis aufgestellt?

Anzahl der Inhaber: _____

Prozentuale Beteiligung der versicherten Person: _____ %

Anzahl der Mitarbeiter: _____

Website: _____

4. Umsätze und Gewinne der letzten 3 Jahre:

Umsatz:					Gewinn:				
_____	EUR	Jahr	20	<input type="text"/>	_____	EUR	Jahr	20	<input type="text"/>
_____	EUR	Jahr	20	<input type="text"/>	_____	EUR	Jahr	20	<input type="text"/>
_____	EUR	Jahr	20	<input type="text"/>	_____	EUR	Jahr	20	<input type="text"/>

Bitte übermitteln Sie uns die Kopien der Umsatzvorausberechnungen, Gewinn- und Verlustrechnungen sowie Bilanzen der letzten 3 Jahre von einer unabhängigen Stelle (z. B. Steuerberater)

Sonstige Einkünfte:

1. z. B. aus Vermietung und Verpachtung, Kapitalvermögen, Land- und Forstwirtschaft?

_____ EUR Jahr 20

Angaben zu bereits bestehenden Versorgungen

1. Wie hoch sind zurzeit die Anwartschaften bzw. Ansprüche auf Berufsunfähigkeitsleistungen pro Jahr?

es bestehen bisher keine Anwartschaften bzw. Ansprüche auf Berufsunfähigkeitsleistungen

aus berufsständigem Versorgungswerk: _____ EUR

aus Beamtenpensionen: _____ EUR

aus betrieblicher Altersversorgung: _____ EUR

aus bestehenden, gleichzeitig beantragten oder beabsichtigten Versicherungsverträgen mit Berufsunfähigkeitsleistung (Rentenhöhe p.a.)?

Gesellschaft / Versicherungsnummer

Höhe

a) _____ EUR

b) _____ EUR

c) _____ EUR

aus sonstiger Quelle (aus welcher?) _____ Höhe _____ EUR

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar).

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter
(bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

x

Anlagen

Folgende Unterlagen / Nachweise liegen bei:

Lohn- / Gehaltsnachweise _____

Einkommensteuerbescheide der Jahre _____

Umsatzvorausberechnungen _____

Gewinn- und Verlustrechnungen _____

Bilanzen _____
