



**Angebotsbogen für :**

**Selbstständige Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente  
 über den GUT-NASS-Gruppentarif**

Wird nicht an den Versicherer gegeben (anonymes Prüfverfahren)

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
 Tel.: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
 Familienstand: \_\_\_\_\_ Geb.Datum Lebenspartner: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Welche Sportarten betreiben Sie?

Sportart	Wie oft in der Woche	Seit wann	Wettkämpfe?

Unterhaltspflichtige Kinder: Name: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_  
 Akademiker: \_\_\_\_\_ erlernter Beruf: \_\_\_\_\_ In Ausbildung? \_\_\_\_\_  
 derzeitiger Beruf: \_\_\_\_\_ Status: \_\_\_\_\_ Ist eine Dienstunfähigkeitsklausel gewünscht: ? \_\_\_\_\_  
 Anteil körperlicher Arbeit: \_\_\_\_\_ Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_ Motorradfahrer? \_\_\_\_\_ Raucher?: \_\_\_\_\_  
 Jahresbrutto: \_\_\_\_\_ Jahresnetto: \_\_\_\_\_  
 Monatl. Rente: \_\_\_\_\_ Beginn: \_\_\_\_\_ Rentenbeginn: \_\_\_\_\_  
 Bis zu welchem Alter wollen Sie einbezahlen: \_\_\_\_\_  
 Ich möchte keine mtl. Rentenhöhe vorgeben sondern einen monatlichen Beitrag: \_\_\_\_\_ Einmalbeitrag: \_\_\_\_\_

**Es werden nur Angebote mit einer direkten Verrechnung der Gewinnbeteiligung errechnet.**

Rentendynamik? jährlich: \_\_\_\_\_ dynamische Rente im Leistungsfall? \_\_\_\_\_

**Gesundheitsfragen:** Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ Kg

- Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 10 Jahren Gesundheitsstörungen, Krankheiten oder Beschwerden (z.B. des Herzens, der Kreislauf-, Atmungs-, Verdauungs-, Sinnes-, Harn oder Geschlechtsorgane, der Haut, des Gehirns, der Nerven, der Psyche, des Bewegungsapparates, Geschwülste, Tumore, Krebs, Allergien, Lähmungen):
- Wurden oder werden Sie innerhalb der letzten 10 Jahre wegen einer HIV-Infektion (AIDS) oder Krebs behandelt? :
- oder haben innerhalb der letzten 10 Jahre Operationen, Krankenhaus- oder Kuraufenthalte stattgefunden bzw. sind solche vorgesehen oder angeraten?
- Wurden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren anlässlich von Untersuchungen nicht normale Ergebnisse festgestellt, wie z.B. erhöhter Blutdruck, erhöhter Blutzucker, erhöhte Blutfett- oder Leberwerte, EKG-Veränderungen?
- Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren wiederholt Medikamente (auch ohne ärztliche Verordnung)?
- Bzw. nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren Rauschmittel/Drogen (auch ohne ärztliche Verordnung)
- Oder werden oder wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen der Folge von Alkoholgenuß beraten oder behandelt?
- Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?
- Fehlsichtigkeit Dioptrien: links \_\_\_\_\_ rechts: \_\_\_\_\_ Tinitus: \_\_\_\_\_

Zu..	Wann?	Befund	Ausgeheilt?

Wir versuchen, Ihnen aufgrund der von Ihnen gemachten Angaben mehrere Angebote erstellen. Allerdings kann erst bei konkreter Antragsstellung darüber entschieden werden, ob es zu Abweichungen zu dem Angebot kommen kann. Sollte es zu keinem Vertragsabschluß kommen, werden die hier gemachten Daten unverzüglich gelöscht.  
 Für die Gewährung des Gruppenvertrages sind die folgenden einmaligen Kosten bei einem Vertragsabschluss zu entrichten: 1 Jahresbeitrag zum GUT-NASS Förderverein von 15€  
 100€ zzgl. 19% MwSt für die Gruppenvertragsverwaltung

Datum: \_\_\_\_\_ eUnterschrift: \_\_\_\_\_