



**Kurz-Anfrage zur Absicherung biometrischer Risiken (Schwere Krankheiten, Unfall, Tod...)**

**Firmierung und Rechtsform Antragsteller (Versicherungsnehmer)**

Name/Firma		
Rechtsform		
PLZ, Ort, Str. + Nr.		
Ansprechpartner		
Telefon	Telefax*	
E-Mail	Homepage*	
Gründungsjahr*	HRB*	
Branche*		

**Zu versichernde Person (ergänzende/abweichende Daten)**

Name, Vorname		Titel	
Geburtsname*		Geb. Datum	
Geburtsort		Nationalität	
PLZ, Ort, Str. + Nr.			

**Leistung der Versicherung**

Gewünschte Versicherungssumme

bei schwerer Erkrankung (siehe versicherbare Leistungen)		°
bei Tod		
Bei Unfallvollinvalidität		
Unfallschutz Zahlung (ggf. Progressionssatz)		%
Laufzeit bis Endalter (bei reiner Unfallpolice nicht erforderlich)	<input type="checkbox"/> lebenslang	
Maximal möglicher Monatsbeitrag		€

**° Empfehlung: Das 5-fache des Jahreseinkommens absichern. Eine individuelle Prüfung, ob eine höhere Absicherung benötigt wird, ist ratsam.**

Sind Sie Nichtraucher?  Nein  Ja Wenn ja, seit wann?

**Wünsche zur Absicherung:**

Erwerbsunfähigkeitsschutz <input type="checkbox"/> gewünscht	Berufsunfähigkeitsschutz <input type="checkbox"/> gewünscht
Pflegeschutz <input type="checkbox"/> gewünscht	Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/> gewünscht

**Information zu diesem Kurz-Check**

Bitte beachten Sie: Dies ist nur eine Vorab-Kurz-Anfrage. Sollten Sie sich für einen unserer Vorschläge entscheiden, die wir nun ausarbeiten, benötigen wir mit Sicherheit weitere Angaben (vor allem zu Ihrer Gesundheit) von Ihnen. Wir werden Ihnen bei gefallen der Angebote einen erweiterten Fragebogen übermitteln.

**Durch die Unterschrift unter den Risikoermittlungsbogen gibt der Antragsteller/ die zu versichernde Person Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung und Kontaktaufnahme zur Realisierung der Anfrage.**



**Kurz-Anfrage zur Absicherung biometrischer Risiken (Schwere Krankheiten, Unfall, Tod...)**

**Abschlussklärung**

Der Unterzeichner erklärt, die oben stehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben, keine für die Übernahme dieser Versicherung wichtigen Aspekte verschwiegen oder nicht richtig wiedergegeben haben, und verpflichtet sich, Änderungen, die sich vor oder nach dem Abschluss des Vertrages ergeben haben, unverzüglich dem Versicherer mitzuteilen. Diese ausgefüllte Erklärung und die eventuellen Anlagen sind die Basis der Versicherung und werden deshalb ein Bestandteil des Versicherungsvertrages sein. Für den Fall, dass ein Versicherungsvertrag zustande kommt, gelten die vorstehend gemachten Risikoangaben als vorvertragliche Angaben im Sinne des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG).

**Hinweis: Falsche Angaben oder Risikoinformationen können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen!**

Für eine vollständige und individuell geeignete Beratung sind wir bei der Erhebung der relevanten Risikodaten auf Ihre Unterstützung angewiesen. Für den Fall, dass Sie eine umfangreiche Risikoanalyse ablehnen und/oder Teilbereiche nicht vollständig bekannt geben, verweisen wir darauf, dass wir dafür keine Verantwortung übernehmen können. Über diese Information hinaus wurden keine mündlichen Zusagen getroffen. Es gilt das Schriftformerfordernis.

**Einwilligung zur Verwendung der Daten**

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung, zur Weitergabe an den für mich zuständigen Rückversicherer und zur Weitergabe an den/die für mich zuständigen Vermittler verwendet werden.

**Datenschutz**

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten zur Zusendung von Informationen, Angeboten und von uns angebotenen Waren und Dienstleistungen und zur Beratung von Versicherungen und Finanzdienstleistungen verwendet werden (Werbung). Dieser Nutzung kann ich jederzeit formfrei mit Wirkung für die Zukunft widersprechen. Bitte richten Sie Ihren Widerspruch ggf. per E-Mail an [datenschutz@conav.de](mailto:datenschutz@conav.de), per Fax an +49 (7138) 81 09 99-22, per Telefon an +49 (7138) 81 09 99-0 oder postalisch an CoNav Consulting GmbH & Co. KG, Birkenweg 5, 74193 Schwaigern; hierbei entstehen nur Übermittlungskosten nach den jeweiligen Basistarifen.

**Freiwillige Angaben**

\* Mit \* gekennzeichnete Felder sind freiwillig.

Ort	Datum
Unterschrift Antragsteller	Unterschrift der zu versichernden Person
CoNav Consulting GmbH & Co. KG	07138-8109990    Fax 81099922 <a href="mailto:info@conav.de">info@conav.de</a>
Name des Vermittlers, Vermittlernummer	Telefon/ Telefax / E-Mail des Vermittlers