

OFFERTANFRAGE Lebensversicherung



Per Fax an 03352/31100-4 oder per Email an office@vbm.at
oder an VBM, Industriestraße 26/3, 7400 Oberwart senden.

Wichtiger Hinweis:

Wir sind bemüht anhand dieses Fragebogens Ihre persönliche Risikosituation bestmöglich zu erfassen. Selbstverständlich 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 wollen, verweisen wir darauf, dass wir dafür keine Verantwortung übernehmen können.

Versicherungsnehmer:		<input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> Familie	<input type="radio"/>	Raucher?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Name:						Geb. Datum:	
Anschrift:						Staatsbürgerschaft:	
Beruf:					<input type="radio"/> selbstständig <input type="radio"/> unselbstständig	Familienstand:	
Telefon:		Fax:		Email:			

Versicherte Person(en): wenn abweichend vom VN	Geb. Dat.	Geschlecht	Beruf	Raucher
VP1:		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> W		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
VP2:		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> W		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Interesse für folgende Variante:	Vorsorge mit Fonds <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Vorsorge ohne Fonds <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Risikoversicherung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Erlebensversicherung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Er- u. Ablebensversicherung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Pensionsvorsorge <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Staatl. Geförderte Pensionsvorsorge <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

Eckdaten für Berechnung:	
Zahlungsweise: <input type="radio"/> jährlich <input type="radio"/> halbjährlich <input type="radio"/> vierteljährlich <input type="radio"/> monatlich	Laufzeit: <input type="radio"/> Jahre: <input type="radio"/> bis Pensionsalter:
<input type="radio"/> ich möchte € laut obiger Zahlungsweise einzahlen	<input type="radio"/> ich möchte € einmalig anlegen
<input type="radio"/> ich möchte € am Laufzeitende erhalten	<input type="radio"/> ich möchte € am Laufzeitende als Zusatzpension erhalten
<input type="radio"/> ich möchte € für den Ablebensfall absichern	<input type="radio"/>

Zusatzoptionen:	
Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Schwere Krankheiten mitversichern? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Prämienrückgewähr im Ablebensfall? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Doppelte Leistung bei Unfalltod? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Garantierte Auszahlung des einbezahlten Kapitals? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Garantie des Höchststandes bei Fondsveranlagung? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Rentengarantie im Ablebensfall? <input type="radio"/> ja, für <input type="text"/> Jahre <input type="radio"/> nein	Rentenzahlungsdauer? <input type="radio"/> Lebenslang <input type="radio"/> Jahre

- | |
|---|
| 1. Für das unverbindliche Offert stellen wir Ihnen EUR 30,-- in Rechnung wenn sie noch kein VBM Kunde sind. |
| 2. Bei Zustandekommen des Vertrages innerhalb von 12 Monaten wird Ihnen der volle Betrag rückerstattet. |

Mit dem Absenden anerkenne ich die nebenstehenden Punkte 1 und 2 und nehme die **Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB-VBM2005)** vollinhaltlich zur Kenntnis.

Ort, Datum

Unterschrift