

Risikovorfrage ALTE LEIPZIGER Leben

Die Risikovorfrage dient zur Klärung von **kritischen Krankheiten**. Sie kann nur erfolgen, wenn die Personendaten vollständig ausgefüllt sind und die eingereichten Unterlagen **maximal 10 Seiten** betragen.

Bitte faxen Sie diese Voranfrage an die **06171/66-3611** oder mailen sie an scp@alte-leipziger.de

Vermittlerdaten

Name, Anschrift _____ _____	Verbund-Vermittler-Nr: (unbedingt erforderlich) ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Antwort per Fax/Mail an: _____ Telefon für Rückfragen: _____
-----------------------------------	---

Versicherte Person

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:	Geschlecht:	Postleitzahl:	
Ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung):			
Größe:	cm	Gewicht:	kg

Technische Daten

<input type="checkbox"/> Rentenversicherung in Verbindung mit einer	
<input type="checkbox"/> RiZ, Todesfallsumme:	<input type="checkbox"/> BuZ, BU-Rente:
<input type="checkbox"/> Selbständige BV, BU-Rente:	
<input type="checkbox"/> Pflegerente, gar. Rente in Stufe III: _____	<input type="checkbox"/> Mit Todesfallleistung
<input type="checkbox"/> Mit Wartezeit	
<input type="checkbox"/> LV: Todesfallsumme:	<input type="checkbox"/> In Verbindung mit einer BuZ - BU-Rente:
Schlussalter (für Versicherungsschutz und Leistungsdauer):	

Informationen zum Gesundheitszustand und sonstigen Risiken

<input type="checkbox"/> Siehe beigelegte Arztunterlagen (Berichte, Untersuchungsergebnisse etc.)
<input type="checkbox"/> Siehe beigelegte Gesundheitserklärungen, Fragebögen
<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> Sport- und Freizeitrisiken: