

Anfrage Lebensversicherung / Berufsunfähigkeitsversicherung



bitte Faxen an: 030/48331825 oder per E-Mail: info@wvm-berlin.de

Name, Vorname	➔	
Telefon / E-Mail	➔	
Geburtsdatum / Geschlecht	➔	/
Beruf / jetzige Tätigkeit	➔	/
Berufsstatus	➔	selbst./ Angestellter/ Beamter/ öffentlicher Dienst/ Akademiker
Nichtraucher	➔	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
evtl. Vorerkrankungen	➔	

Welche Versicherungsart wünschen Sie:

Kapitallebensversicherung/ Risikolebensversicherung/ Rentenversicherung/ Berufsunfähigkeitsversicherung

Versicherungsbeginn	➔		Rentenart: Privat/ Riester/ Rürup
Laufzeit / Beitragsdauer	➔	/	
Zahlungsweise	➔	<input type="checkbox"/> 1/12 <input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1x	
Beitrag lt. Zahlungsweise	➔		
Versicherungssumme/ Ablaufl.	➔	€ /	€
Gar. Rente / Rentengarantiezeit	➔	€ /	
BU-Rente	➔	€ <input type="checkbox"/> garantiert <input type="checkbox"/> nur BU-Befreiung	
Bemerkungen	➔		

Bitte beachten Sie:

Es können nur vollständig ausgefüllte Formulare bearbeitet werden.

Geben Sie Vorerkrankungen korrekt an (nur bei Risiko-, Kapital- und Berufsunfähigkeitsversicherungen)

Bei Rentenversicherungen sind keine Gesundheitsangaben nötig.