

## **PRIVAT • AS**sekuranz - unverbindliche Angebotsanfrage für eine Kranken- / Berufsunfähigkeitsversicherung

Bitte füllen Sie die nachfolgenden Felder aus und senden Sie den Fragebogen an uns zurück.

**Sie erhalten dann kurzfristig von uns ein individuelles Angebot.**

### Antragssteller/in

Anrede	Firma	Herr	Frau	Geburtsdatum
Vorname, Name				Beruf
Straße, Hausnummer				E-Mail
Postleitzahl, Ort				Telefon

### Berufsunfähigkeitsversicherung

Versicherte Person:	Familienstand		
Vorname, Name	Anzahl Kinder		
Straße, Hausnummer	Geburtsdatum		
Postleitzahl, Ort	Geschlecht	Weiblich	Männlich
Bildungsabschluss	Nichtraucher	Ja	Nein
Berufliche Tätigkeit	Zahlweise	Monatlich	
Monatliche Rente (EUR)		Vierteljährlich	
Laufzeit		Halbjährlich	
		Jährlich	

### EDV-gestützter Krankenversicherungsvergleich

Versicherte Person:	Geburtsdatum		
Vorname, Name	Geschlecht	Weiblich	Männlich
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl, Ort			
Berufsgruppe	Angestellter	Beamter / öffentlicher Dienst	Selbstständig
gewünschte ambulante Selbstbeteiligung			
stationäre Unterbringung	Ein-Bett	Zwei-Bett	Mehr-Bett
gewünschter Verischerungsschutz	Vollversicherung		Ergänzungsversicherung

### Bemerkungen

Bitte senden Sie den Fragebogen an: P & P Pergande & Pöthe GmbH, Schloßstraße 2-6, 22041 Hamburg  
oder senden Sie den Fragebogen per Telefax an: 040 / 68 28 69-50