

Berufsunfähigkeitsversicherung – Fragebogen

Ausfüllen und mit Einzugsermächtigung zurück an
 Verbraucherzentrale Hamburg e. V., Kirchenallee 22, 20099 Hamburg
 Fax (040) 24832-290
versicherungen@vzhh.de

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße: _____

PLZ/ Wohnort: _____

Tel.: _____ e-mail: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Raucher: Ja Nein

Versicherungsbeginn: _____

Endalter: _____

Bitte zwei Vorschläge für Endalter 60 und 65 Jahre: Ja

Gewünschte Beitragszahlungsweise:

Monatlich	(12 x)	<input type="checkbox"/>
¼ - jährlich	(4 x)	<input type="checkbox"/>
½ - jährlich	(2 x)	<input type="checkbox"/>
Jährlich	(1 x)	<input type="checkbox"/>

Gewünschte Höhe der monatlichen BU-Rente: _____

Genaue Berufsbezeichnung: _____

Selbstständig Ja Nein

Akademiker Ja Nein

Personalverantwortung für _____ Personen

Anteil der kaufmännischen oder Bürotätigkeit: _____ %

Anteil der körperlichen Tätigkeit: _____ %



Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die Verbraucherzentrale Hamburg e.V.
für den

Beitragsvergleich von Berufsunfähigkeitsversicherungen

von meinem unten angegebenen Konto den Betrag von **20 €**
einzuziehen.

Datum, Unterschrift:

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Name

Adresse

Telefon tagsüber

Bankverbindung

Konto-Nr.

bei Bank

Bankleitzahl

Kontoinhaber

(falls abweichend)