

## Angebotsanforderung - Risikolebensversicherung Gutschein für die Ermittlung der optimalen Risikolebensversicherung.

Zurücksenden an: Leisentritt & Söhne, Finanz - Versicherungsmakler, Sander Str. 18 - 20,  
D - 97475 Zeil a. Main. Bitte füllen Sie diesen Bogen aus und schicken Sie uns diesen per Fax +49  
(0) 9524 82082-50, Email [info@Leisentritt.com](mailto:info@Leisentritt.com) oder rufen Sie uns an **Tel +49 (0) 9524 82082-0**.

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass wir detaillierte Fragen stellen. Nur so können wir das optimale Angebot für Sie ermitteln.

**Antragsteller (zu versichernde Person)**  weiblich  männlich, Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon, Privat, Geschäft, Fax \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse / n \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Status (Ang./Selbst./Stud. etc.) \_\_\_\_\_

Anteil Bürotätigkeit \_\_\_\_\_ % (sitzende Tätigkeit)

Anteil der körperlichen Tätigkeit \_\_\_\_\_ % (Tätigkeiten mit Kraftanstrengung)

### Leistungswünsche

Höhe der Risikolebensversicherung / Todesfallsumme \_\_\_\_\_ Euro

Laufzeit bis Endalter \_\_\_\_\_ Jahre

Besteht für Sie bereits eine Risiko- oder Lebensversicherung oder wurde eine solche beantragt?

ja,  nein

Wenn ja, Gesellschaft, Höhe der Leistung / Todesfallsumme? \_\_\_\_\_ Euro

\_\_\_\_\_

### Fragen zur Gesundheit

Sind Sie Raucher, haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht? Wie viele täglich \_\_\_\_\_ Stückzahl.

ja,  nein

**Wie groß sind Sie?** \_\_\_\_\_ cm

**Wie viel wiegen Sie?** \_\_\_\_\_ kg

Haben oder hatten Sie eine schwere Erkrankung (z.B. Aids, Herzinfarkt, Krebs usw.)  ja,  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien?  ja,  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Bestehen bei Ihnen körperliche oder geistige Beeinträchtigungen, Unfallfolgen, Beschwerden, Fehlbildungen, sonstige Gesundheitsstörungen oder sind Behandlungen beabsichtigt?  ja,  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wurden Sie in den letzten 10 Jahren operiert (auch ambulant) oder stationär im Krankenhaus behandelt bzw. fand eine Kur statt?  ja,  nein

Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_

Werden oder wurden Ihnen in den letzten 12 Monaten Medikamente verordnet?  ja,  nein

Wenn ja, welche, Dosierung? (außer Verhütungsmittel) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wurden Ihnen in den letzten 10 Jahren psychotherapeutische Behandlungen angeraten oder durchgeführt bzw. ist eine solche beabsichtigt?  ja,  nein

Fanden in den letzten 5 Jahren Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen durch Ärzte, sonstige Behandler oder im Krankenhaus statt?  
(z. B. .zu 1. des Herzens, Bluthochdruck, der Gefäße, der Kreislauforgane, 2. der Atmungsorgane, 3. der Verdauungsorgane, z. B. vom Magen, vom Darm, 4. der Nieren, der Harnwege, der Geschlechtsorgane, 5. des Gehirns und des Nervensystems, 6. des Stoffwechsels, eine Zuckerkrankheit, 7. des Blutes, 8. Infektionen oder Tumore, der Haut, z. B. Neurodermitis oder Schuppenflechte, 9. des Stütz und Bewegungsapparates, der Wirbelsäule, Bandscheiben oder etwaige Massagen, 10. der Knochen, der Gelenke, 11. der Augen, bitte unbedingt bei mehr als 6 Dioptrien, die Dioptrien Anzahl links, rechts angeben, 12. der Ohren, 13. Allergien z. B. Heuschnupfen usw.?)  ja,  nein

Wenn ja, wann, wie oft, weswegen, welche Medikamente wurden mit welcher Dosierung verordnet? Diagnose, Beschwerden, Behandlung, evtl. Folgen oder beschwerdefrei?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass aufgrund meiner Angaben die optimale Risikolebensversicherung ermittelt wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers