

Arminia Vorsorgemanagement GmbH
Niederlassung Detmold
Klingenbergstraße 4

32758 Detmold

Vermittler:

Vs-Nr.
Vermittlernummer
Agt.Nummer:

Versicherungsnehmer:

Anrede	Name	Vorname	Berechtigung	
Strasse	Ort	Land	PLZ	
Telefonnummer	Email			

Wir bitten Sie folgende Deckungsaufgabe für eine Unfallversicherung zu beantragen:

Versicherte Personen:

Versicherte Person 1	Name	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	Sind Sie gesund?
	Bezugsberechtigter bei Unfalltod	Name	Vorname		
Versicherte Person 2	Name	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	Sind Sie gesund?
	Bezugsberechtigter bei Unfalltod	Name	Vorname		
Versicherte Person 3	Name	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	Sind Sie gesund?
	Bezugsberechtigter bei Unfalltod	Name	Vorname		
Versicherte Person 4	Name	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	Sind Sie gesund?
	Bezugsberechtigter bei Unfalltod	Name	Vorname		

Deckungsumfang:	Prämie
------------------------	--------

	Versicherungssumme			Zusatzleistung		
Versicherte Person 1	Tod	Invalidität	Progression	UKH-Tagegeld	Unfallrente	Prämie
Versicherte Person 2	Tod	Invalidität	Progression	UKH-Tagegeld	Unfallrente	Prämie
Versicherte Person 3	Tod	Invalidität	Progression	UKH-Tagegeld	Unfallrente	Prämie
Versicherte Person 4	Tod	Invalidität	Progression	UKH-Tagegeld	Unfallrente	Prämie

Beginn	Ablauf	Zahlungsweise:

Jahresendprämie	Versicherungsteuer	Jahresendprämie inkl. Versicherungsteuer
-----------------	--------------------	--

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich _____, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit von folgendem Konto durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Kontoinhaber (Vorname, Nachname)		
Kto.-Nr.	BLZ	Bank

Vorversicherung:

Bestehen oder bestanden zu den beantragten Versicherungsarten Verträge bei uns und/oder anderen Versicherungsgesellschaften, oder wurden Aufträge bei einer anderen Gesellschaft gestellt?

Name:	
Vertragsnummer:	Status:

Vorschäden:

Sind zu der beantragten Versicherungart in den letzten 5 Jahren Schäden angefallen?

Anzahl:	Betrag:
---------	---------

Herausgeber	Produkt	Status	Datum
Kommentar			