

Daten zur versicherten Person

Versicherungsnehmer ist zugleich versicherte Person Nein Ja

Vorname _____

Geb.-Datum _____

Nachname _____

Staatsangehörigkeit _____

Wohnsitz im Ausland

Land _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Ort _____

Zustellergänzung _____

Adresse in Deutschland

Land _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Ort _____

Zustellergänzung _____

Nichtraucher seit 10 Jahren Nichtraucher seit 12 Monaten Raucher Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Als Nichtraucher gelten Personen, die in den letzten 12 Monaten vor Vertragsschluss keine nikotinhaltenen Produkte konsumiert haben. Dazu gehören auch E-Zigaretten, Wasserpfeife ebenso wie Nikotinpflaster oder -Kaugummi/-Tabletten.

ERWERBSSTATUS/BERUF

Selbständige(r)/Freiberufler(in) Beamte(r) Angestellte(r) Arbeiter(in) arbeitslos/arbeitssuchend

Student(in) Hausfrau/-mann / Elternzeit Schüler(in) Auszubildende(r) Sonstiges

Derzeitiger Beruf _____

Bitte beschreiben Sie Ihre berufliche Tätigkeit:

Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf (z. B. durch Umgang mit Chemikalien, radioaktiven, explosiven, toxischen oder infektiösen Stoffen, durch Aufenthalte in Kriegsgebieten), oder bei Sport oder Hobby (z. B. durch Ausübung von Auto-/Motorradsport, Flug-/Luftsport, Bergsport, Tauchen oder Teilnahme an Wettbewerben) ausgesetzt?

Nein Ja

Welche Tätigkeiten üben Sie vor Ort im Ausland im Detail aus?

Bürotätigkeit zu _____ % Aufsichtsführende/leitende Tätigkeit zu _____ % Anzahl der festen Mitarbeiter _____

Handwerkliche/körperliche Tätigkeiten zu _____ % Reisetätigkeit/Außendiensttätigkeit zu _____ %

Sonstiges _____ zu _____ %

FRAGEN ZUM VERSICHERUNGSBEDARF

Bestehen bereits Versicherungen auf Ihr Leben? Nein Ja

Versicherungsgesellschaft _____ Höhe der Versicherungssumme _____

Gewünschte Versicherungssumme _____ € Vertragsdauer _____

Bitte beachten Sie, dass die maximale Versicherungssumme bis zu einem Eintrittsalter von 45 Jahren 500.000 € und ab einem Eintrittsalter von 46 Jahren maximal 300.000 € betragen kann.

BEZUGSRECHT

Sollten Sie keine bezugsberechtigte Person benennen, so sind der Versicherungsnehmer bzw. dessen gesetzliche Erben bezugsberechtigt. Wir empfehlen Ihnen, die bezugsberechtigte Person immer namentlich zu benennen.

Name, Vorname _____ Geb.-Datum _____

ANGABEN ZU IHREM AUFENTHALT IM AUSLAND

Bitte geben Sie Namen und Adresse der Firma an, die Sie ins Ausland entsendet hat oder geben Sie Namen und Adresse Ihres lokalen Arbeitgebers im Ausland an. (Bitte fügen Sie im Falle von Entsendung einen entsprechenden Nachweis bei)

Wann begann Ihr lokaler Arbeitsvertrag im Ausland? _____ Grund für den lokalen Arbeitsvertrag _____

Planen Sie Ihre Rückkehr nach Deutschland? Nein Ja Wenn ja, voraussichtlich wann? _____

Wie schätzen Sie die medizinische Versorgung vor Ort im Ausland ein? Gut Befriedigend Ungenügend
(z. B. Kliniken mit westlichem Standard, medizinische Versorgung über den Arbeitgeber, Betriebsärzte, ärztliche Versorgung durch lokale/einheimische Ärzte o.ä.)

Welchen Krankenversicherungsschutz haben Sie im Ausland? _____
(z. B. international gültige Krankenversicherung)

Erfordert Ihre berufliche Tätigkeit Geschäftsreisen? Nein Ja

Wie oft gehen Sie ca. auf Geschäftsreise? _____ Durchschnittliche Dauer _____

Unterbringung auf den Reisen _____
(z. B. Hotel, Appartement, Camp etc.)

Zweck der Reisen/Tätigkeiten vor Ort _____

Welche Reiseziele sind geplant? _____

Wie schätzen Sie die medizinische Versorgung während dieser Reisen ein? Gut Befriedigend Ungenügend
(z. B. Kliniken mit westlichem Standard, medizinische Versorgung über den Arbeitgeber, Betriebsärzte, ärztliche Versorgung durch lokale/einheimische Ärzte o.ä.)

Bitte begründen Sie Ihre Auswahl

Mit diesem Fragebogen wird im Vorfeld zu einer Antragsstellung unverbindlich geprüft, ob eine Versicherbarkeit aufgrund der Beschäftigung im Ausland möglich ist.

Vom Versicherer auszufüllen

Entscheidung durch DELA Annahme ohne Zuschlag Annahme mit Zuschlag in Höhe von _____ % Ablehnung