

Anfrage zur Kinderabsicherung

**Robert Bosch
Risk and Insurance
Management GmbH**
Postfach 16 33
39006 Magdeburg

Diesen Antwort-Coupon bitte ausfüllen und per E-Mail an my.insurance@de.bosch.com per Fax an +49 (0)711 811 511 44088 oder per Post zurück senden.

Angaben zur eigenen Person

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Geschlecht männlich weiblich

Familienstand ledig verheiratet Lebenspartner

Straße/Hausnummer _____

PLZ/Ort _____

Telefon, tagsüber _____

E-Mail _____

Angaben zum Partner/ Ehepartner

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Angaben zur eigenen Berufsausbildung

akademischer Titel _____ technische Ausbildung _____

sonstiges _____ technische Ausbildung inklusive weiterer Fortbildungsmaßnahmen (ingenieursähnlich) _____

_____ Meister _____

Zu wieviel Prozent sind Sie im Büro tätig?

_____ %

Zu wieviel Prozent sind Sie körperlich tätig oder tätigen regelmäßige Dienstreisen?

_____ %

Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt oder üben Sie Aktivitäten mit Unfallgefahr und/oder Verletzungsrisiko aus?

_____ (z. B. Motorradfahren, Flugsport, Kampfsport, Bergsport, Tauchen etc.)

Versicherte Person(en)

Kind 1

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Geschlecht männlich weiblich

Status Kind Schüler Ausbildung Studium

Ausbildungsberuf / Studiengang _____

Kind 2

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Geschlecht männlich weiblich

Status Kind Schüler Ausbildung Studium

Ausbildungsberuf / Studiengang _____

Kind 3

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Geschlecht männlich weiblich

Status Kind Schüler Ausbildung Studium

Ausbildungsberuf / Studiengang _____

Kind 4

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Geschlecht männlich weiblich

Status Kind Schüler Ausbildung Studium

Ausbildungsberuf / Studiengang _____

Bitte erstellen Sie ein Angebot zu

Gewünschter Versicherungsbeginn	Tag	Monat	Jahr
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Privathaftpflichtversicherung			
<input type="checkbox"/> Krankenzusatzversicherung			
<input type="checkbox"/>	Zahnzusatz	<input type="checkbox"/>	Krankenhaus
<input type="checkbox"/>	Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>	Sehhilfen
<input type="checkbox"/>	Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	mit Unfallrente
<input type="checkbox"/> BU-Starter-Police			

Anmerkungen

Angebot zur Kindervorsorge

Gewünschter Versicherungsbeginn	Tag	Monat	Jahr
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Ausbildungsversicherung	<input type="checkbox"/>	Altersvorsorge
Höhe der Prämie			

Zahlungsweise			
<input type="checkbox"/>	Jährlich	<input type="checkbox"/>	Halbjährlich
<input type="checkbox"/>	Vierteljährlich	<input type="checkbox"/>	Monatlich
<input type="checkbox"/>	Einmalzahlung		
Beitragszahlungsdauer in Jahren		gewünschtes Endalter	
_____		_____	
Zusatzversicherungen			
<input type="checkbox"/>	Kapital bei Unfalltod		
<input type="checkbox"/>	Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit des Versorgers		
<input type="checkbox"/>	Einschluss Pflegevorsorge		
Gewünschte Vertragsform für Altersvorsorge			
<input type="checkbox"/>	Mir sind höhere Garantien wichtiger. Dafür verzichte ich bewusst auf Renditechancen.		
<input type="checkbox"/>	Mir sind höhere Renditechancen wichtiger. Eine Garantie in Höhe der gezahlten Beiträge ist für mich ausreichend.		
<input type="checkbox"/>	Ich möchte die Möglichkeit haben, bei der Kapitalanlagen mitzuentcheiden.		