

## Berufsunfähigkeitsversicherung – Fragebogen

Ausfüllen und zurück an:

Neue Verbraucherzentrale in MV  
Strandstraße 98, 18055 Rostock

Fax: (0381) 208 70 60  
Mail: [info@nvzmv.de](mailto:info@nvzmv.de)

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: männlich  weiblich

Raucher: ja  nein

Versicherungsbeginn: \_\_\_\_\_

Endalter: \_\_\_\_\_

Gewünschte Beitragszahlungsdauer:

monatlich  ¼-jährlich

½-jährlich  jährlich

gewünschte Höhe der monatlichen BU-Rente: \_\_\_\_\_

genaue Berufsbezeichnung: \_\_\_\_\_

Selbständig ja  nein

Akademiker ja  nein

Personenverantwortung für \_\_\_\_\_ Personen

Anteil der kaufmännischen oder Bürotätigkeit: \_\_\_\_\_ %

Anteil der körperlichen Tätigkeit: \_\_\_\_\_ %