

Datenerhebungsbogen des Maklers/Vermittlers für den Kinder-Invaliditäts-Sorglos-Schutz KISS

Wichtig: Dieses Dokument ist weder ein Antrag noch eine Deckungsnote! Es dient Ihnen ausschließlich dazu, die wichtigsten relevanten Angaben vorab beim Interessenten zu erheben. Da die für die Abgabe eines Angebotes notwendige Gesundheitsprüfung **immer** in unserem ADCURI-Portal durchgeführt werden muss, loggen Sie sich bitte mit Ihren Zugangsdaten in das Adcuri-Portal unter www.adcuri.de ein und führen Sie hier gemeinsam mit dem Interessenten die Gesundheitsprüfung online durch. Im Portal erhalten Sie direkt eine Entscheidung über die Annahme. Bei Fragen zum Adcuri-Portal steht Ihnen gerne Ihr Barmenia-Ansprechpartner oder die Abteilung Vertriebservices unter 0202 4383030 zur Verfügung. Vielen Dank!

Achtung: Die Beantragung ist erst mit Beginn der 6. Lebenswoche zulässig!

Interessent

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Firma	Name, Vorname, Titel	Geburtsdatum		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer				private Telefon-Nr. mit Vorwahl*)	dienstl. Telefon-Nr. mit Vorwahl*)	
<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Postleitzahl	Wohnort			Mobil-Telefon-Nr.*)	Fax-Nr.*)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	

*) freiwillige Angaben, die bei der Bearbeitung weiterhelfen.

Daten der zu versichernden Person

Name, Vorname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Zahlungsweise jährlich (4 % Nachlass) ½-jährlich (2 % Nachlass) ¼-jährlich monatlich

Monatsrente:

EUR

5 % Summendynamik ja nein
1,5 % Leistungsdynamik ja nein

(mind. 300 höchstens 2.000 EUR in 100 EUR-Schritten)

5.000 EUR **Unfall-Todesfallleistung** ist ohne Zusatzbeitrag mitversichert.

Beitrag gemäß Zahlungsweise:

EUR

Beitragsatz* einschließlich Versicherungsteuer

je 100 EUR Rente	ohne Leistungsdynamik	mit 1,5 % Leistungsdynamik
Jahresbeitrag	27,449 EUR	43,918 EUR
Monatsbeitrag	2,383 EUR	3,814 EUR

* bei 25 % Standard-CS

Weitere Angaben

aktuelles Körpergewicht in kg: aktuelle Körpergröße in cm:

Geburtsgewicht in g:

Sind alle Vorsorgeuntersuchungen (U-Heft) rechtzeitig durchgeführt worden? ja nein

Anzahl Unfälle mit stationärer Behandlung (länger als 24 Stunden) seit der Geburt:

Besteht ein Grad der Behinderung (GdB)? ja nein

Falls ja, Grad der Invalidität oder der Behinderung (MdE oder GdB):

Sind bei Eltern oder Geschwistern des Kindes Mukoviszidose oder Diabetes (nicht Schwangerschaftsdiabetes) aufgetreten? ja nein

Es folgen weitere Gesundheitsfragen. Wird mindestens eine der folgenden Fragen mit „ja“ beantwortet, sind weitere tiefergehende Fragen erforderlich (u. a. zu den genauen medizinischen Diagnosen, Fragen zu Art und Umfang der Gesundheitsbeeinträchtigung, Behandlungsdaten etc.). **Die nachfolgenden Fragen sind somit nicht abschließend! Maßgeblich für die Antrags- und Risikoprüfung des Versicherers sind allein die im elektronischen Antragsprozess getätigten Angaben!**

Bestehen Krankheiten, Folgen von Krankheiten, Behinderungen oder Auffälligkeiten,

- die aktuell untersucht oder behandelt werden? ja nein
- deren Beobachtung oder Kontrolle ärztlich angeraten sind? ja nein
- die seit Geburt eine Behandlungsdauer über einen zusammenhängenden Zeitraum von mehr als 10 Tagen erforderlich machten? ja nein
- die seit Geburt eine Medikamenteneinnahme über einen Zeitraum von mehr als 3 Wochen erforderlich machten (nicht anzugeben: Fluor- und Vitaminpräparate)? ja nein
- die seit Geburt einen Krankenhaus-, Rehabilitations- oder Kuraufenthalt oder eine ambulante Operation erforderlich machten? ja nein

Raum für weitere Informationen:

E-Mail-Adresse (für das Zu-Stande-Kommen eines Vertrages zwingend erforderlich)

SEPA-Lastschriftmandat (für das Zu-Stande-Kommen eines Vertrages zwingend erforderlich)

Zahlungsempfänger: Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, Gläubiger-ID: DE63ZZZ00000010572

Erklärung des Kontoinhabers: Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Dieses Mandat gilt nur für den gewählten Kinder-Invaliditäts-Sorglos-Schutz (KISS).

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Barmenia versendet spätestens 5 Tage vor dem ersten Abruf eine Mitteilung über Abbuchungsbetrag, Fälligkeitstermine und Mandatsreferenznummer.

IBAN	<i>Bankleitzahl</i>	<i>Konto-Nr. (max. 10 Stellen)</i>	BIC (8 oder 11 Stellen)	Name des Kreditinstitutes
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kontoinhaber: Interessent - oder: folgende Person: **Vor- und Nachname, Straße/Hausnummer, Postleitzahl und Ort:** **Unterschrift des Kontoinhabers**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------