

Datum:

Zeit:

Berater:

Person 1 Herr Frau Vn Vt Pz

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ / Ort:

Geb. Datum:

Zivilstand:

Nationalität:

Raucher:

 Ja Nein

Gewicht:

Grösse:

Gel. Beruf:

Aktueller Beruf:

Angestellt:

 Seit:

Firma:

Selbständig

 Seit:

Anz. Arbeiter:

Telefon:

E-Mail:

Person 2 Herr Frau Vn Vt Pz

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ / Ort:

Geb. Datum:

Zivilstand:

Nationalität:

Raucher:

 Ja Nein

Gewicht:

Grösse:

Gel. Beruf:

Aktueller Beruf:

Angestellt:

 Seit:

Firma:

Selbständig

 Seit:

Anz. Arbeiter:

Telefon:

E-Mail:

 3a 3b Einzelleben Kinderversicherung Risikoversicherung Sparversicherung Kapitalversicherung**Prämie:**

Fr.

 Erwerbsunfähigkeitsrente

Fr.

Wartefrist:

Monate

 Unfall/Krankheit Krankheit

Prämienbefreiung: Wartefrist

 3 Monate 6 Monate 12 Monate**Bemerkung:**

.....