

Versicherungsnehmer und zu versichernde Person

Vorname, Name, Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Geburtsdatum

Versicherungsbeginn

0 1

Telefon/Mobil

E-Mail Adresse

Krankenkasse

Mitglieds-Nr.

Weitere zu versichernde Person (bitte eintragen):

Vorname, Name, Geburtsdatum, Krankenkasse, Mitglieds-Nr.

Entscheiden Sie sich für die Risikolebensversicherung mit unfallbedingter Arbeitsunfähigkeitsversicherung (SPUZ) nach Tarif sport★

Bitte kreuzen Sie Ihre gewünschte Monatsrente entsprechend Ihrem Alter an!

| Alter       | 250 EUR Monatsrente                  | 500 EUR Monatsrente                   | 750 EUR Monatsrente                   | 1.000 EUR Monatsrente                 |
|-------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 16-20 Jahre | <input type="checkbox"/> 8,31 €/mtl. | <input type="checkbox"/> 15,75 €/mtl. | <input type="checkbox"/> 23,20 €/mtl. | <input type="checkbox"/> 30,65 €/mtl. |
| 21-25 Jahre | <input type="checkbox"/> 8,25 €/mtl. | <input type="checkbox"/> 15,70 €/mtl. | <input type="checkbox"/> 23,15 €/mtl. | <input type="checkbox"/> 30,59 €/mtl. |
| 26-30 Jahre | <input type="checkbox"/> 8,23 €/mtl. | <input type="checkbox"/> 15,68 €/mtl. | <input type="checkbox"/> 23,13 €/mtl. | <input type="checkbox"/> 30,57 €/mtl. |
| 31-35 Jahre | <input type="checkbox"/> 8,31 €/mtl. | <input type="checkbox"/> 15,76 €/mtl. | <input type="checkbox"/> 23,20 €/mtl. | <input type="checkbox"/> 30,65 €/mtl. |
| 36-40 Jahre | <input type="checkbox"/> 8,50 €/mtl. | <input type="checkbox"/> 15,94 €/mtl. | <input type="checkbox"/> 23,39 €/mtl. | <input type="checkbox"/> 30,84 €/mtl. |
| 41-45 Jahre | <input type="checkbox"/> 8,93 €/mtl. | <input type="checkbox"/> 16,37 €/mtl. | <input type="checkbox"/> 23,82 €/mtl. | <input type="checkbox"/> 31,27 €/mtl. |
| 46-50 Jahre | <input type="checkbox"/> 9,65 €/mtl. | <input type="checkbox"/> 17,10 €/mtl. | <input type="checkbox"/> 24,55 €/mtl. | <input type="checkbox"/> 31,99 €/mtl. |

Bezugsberechtigte Person im Todesfall der zu versichernde Person (bitte eintragen):

Vorname, Name, Geburtsdatum

Welche Sportarten üben Sie aus (max. 3 Nennungen, häufigste zuerst)? Bitte beachten Sie den Hinweis auf der Rückseite unter Buchstabe C.

Beitragszahlung mittels SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die asano AG (Gläubiger-ID: DE67ZZZ00000062395), die laufenden Versicherungsbeiträge aus dem beantragten Versicherungsvertrag unter der Mandatsreferenznummer, die der Policennummer entspricht, von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich hiermit mein Kreditinstitut an, auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen. Die asano AG wird den Versicherungsnehmer spätestens drei Tage vor der Abbuchung über den bevorstehenden Einzug informieren.

IBAN

D E

BIC

Zahlungsweise

monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich  Bitte ankreuzen!

Vor-/Nachname abweichender Kontoinhaber

Unterschrift des Kontoinhabers

X

1. Unterschrift

Verzichtserklärung Ich verzichte zum jetzigen Zeitpunkt auf die Aushändigung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Versicherungsbedingungen und der weiteren Informationen nach der aufgrund des § 7 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz erlassenen Rechtsverordnung. Sämtliche Vertragsbestimmungen erhalte ich dann in Textform zusammen mit meinem Versicherungsschein. Nach Erhalt der Vertragsbestimmungen kann ich den Versicherungsvertrag noch innerhalb eines Monats in Textform widerrufen.

Unterschrift des Versicherungsnehmers

X

2. Unterschrift

Der Einwilligung zu Werbezwecken auf der Rückseite stimme ich zu.

Bitte ankreuzen, wenn gewünscht!

1. Ich beantrage die Risikolebensversicherung wie oben angegeben und bestätige die Richtigkeit meiner Daten. 2. Ich bestätige, die Einwilligungserklärung auf der Rückseite zur Erhebung, Speicherung und Nutzung von personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten auch bei Nichtzustandekommen des Vertrages sowie zur Weitergabe allgemeiner Vertragsdaten und der Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter, an andere Stellen und an Rückversicherer zur Kenntnis genommen zu haben und stimme diesen ausdrücklich zu. 3. Ich bestätige, die Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht auf der Rückseite zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person

3. Unterschrift