

Vermittler Nr. _____

Antragsteller (m/w/d)

Mitgliedsnummer _____

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Beratungsanlass

Der Antragsteller (m/w/d) wünscht für

Name _____

Vorname _____

Versicherungssumme € _____

Tarifempfehlung

- | Beitragszahlungsdauer bis Ende des Quartals, | Wartezeit |
|---|-----------|
| ☐ C03 50 in dem das 50. Lebensjahr vollendet wird. | keine |
| ☐ C03 65 in dem das 65. Lebensjahr vollendet wird. | keine |
| ☐ C03 70 in dem das 70. Lebensjahr vollendet wird. | keine |
| ☐ C03 85 in dem das 85. Lebensjahr vollendet wird. | keine |
| ☐ C04 85 in dem das 85. Lebensjahr vollendet wird. | 3 Jahre |

Im Tarif C04 85 gilt eine dreijährige Wartezeit, in der eine wie folgt gestaffelte Leistung fällig wird:

- | | |
|----------------|---------------------------------------|
| 1. - 6. Monat | keine Leistung |
| 7. - 12. Monat | Rückerstattung der gezahlten Beiträge |
| 13.- 24. Monat | 1/3 der Versicherungssumme |
| 25.- 36. Monat | 2/3 der Versicherungssumme |

Die Wartezeit entfällt bei Tod infolge Unfall.

- ☐ **E03** (Einmalbeitrag) **Wartezeit: 3 Jahre;** bis zum Ablauf des 3. Versicherungsjahres wird der Einzahlungsbetrag, ab dem 2. Versicherungsjahr zzgl. 1,75 % Zinsen ausgezahlt.
- ☐ **K** (Kinderzusatzversicherung) **Beitragszahlungsdauer:** bis zum Ende des Quartals, in dem das 18. Lebensjahr vollendet wird. **Keine Wartezeit**

Weitere Einzelheiten zu den Tarifen entnehmen Sie bitte der Ihnen ausgehängten Satzung des GE-BE-IN Versicherungen VVaG. Mit Ihrer Unterschrift geben Sie Ihr Einverständnis zur telefonischen Kontaktaufnahme, wenn hierfür Gründe aus ihrer Mitgliedschaft heraus gegeben sind. Die Entscheidung hierüber liegt beim GE-BE-IN Versicherungen VVaG. Gründe können z.B. sein: Satzungsänderungen, Unterversicherung, Entwicklung einzelner Vertragsabschlüsse. Die telefonische Kontaktaufnahme darf nur von Beschäftigten des GE-BE-IN Versicherungen VVaG selbst oder durch ihn beauftragte Vermittler (m/w/d) bzw. deren Beauftragte (m/w/d) erfolgen.

Satzung einschließlich Beitragstarifen und Leistungsplänen, Produktinformationsblatt und Verbraucherinformation ausgehängt ☐ Ja ☐ Nein

Anmerkungen

Unterschrift des Antragstellers (m/w/d)

Ort, Datum _____

Unterschrift  _____**Unterschrift des Vermittlers (m/w/d)**

Ort, Datum _____

Unterschrift  _____