

Ja, ich möchte ein **Musterangebot** über ein von **Carespektive** bewertetes

**> Betriebl. Altersvorsorgeprodukt PK**

Eintrittsalter: 25, 30, 35, 40, 45 J.

mit einem Monatsbeitrag von  
oder einem Jahresbeitrag von  
oder einem Einmalbeitrag von

\_\_\_\_\_ EUR  
\_\_\_\_\_ EUR  
\_\_\_\_\_ EUR

**oder / und > Betriebl. Altersvorsorgeprodukt P-Fonds**

Eintrittsalter: 25, 30, 35, 40, 45 J.

mit einem Monatsbeitrag von  
oder einem Jahresbeitrag von  
oder einem Einmalbeitrag von

\_\_\_\_\_ EUR  
\_\_\_\_\_ EUR  
\_\_\_\_\_ EUR

Rentenbeginn gemäß Betriebsrentengesetz ab dem 67. Lebensjahr oder nach \_\_\_\_\_ Jahren.

Ich bin an einer nachhaltigen Verwendung meiner Beiträge interessiert.

**Ja, ich möchte ein Angebot über eine:**

**BU - Berufsunfähigkeitsversicherung,**

**\*Geb.Datum:** \_\_\_\_\_

mit einer Monatsrente von 0,00EUR

**KV - Private Krankenvollversicherung,**

**\*Geb.Datum:** \_\_\_\_\_

Naturheilverfahren/anthroposophische Medizin sind mir wichtig

Für die Erstellung unseres Angebots benötigen wir folgende Angaben  
(die mit einem Sternchen \* versehenen Felder sind Pflichtfelder):

\*Firma / Name der Einrichtung : \_\_\_\_\_

\*Vorname, Nachname d. Ansprechpartners/Versicherten f. BU+KV: \_\_\_\_\_

\*Straße: \_\_\_\_\_

\*Postleitzahl: \_\_\_\_\_

\*Ort: \_\_\_\_\_

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

Familienstand:  ledig  verheiratet  Lebensgemeinschaft

Kinder: ja nein

\*Beruf:  selbstständig  angestellt

Telefon (dienstlich) \_\_\_\_\_

\*Telefon (privat, f.. evtl. Rückfragen): \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ihre Angaben werden wir selbstverständlich vertraulich behandeln und nicht an Dritte weiter gegeben.  
Platz für Mitteilungen oder Fragen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_