



NÜRNBERGER
VERSICHERUNG

Die Top 10-Hürden zum Erreichen der erforderlichen Antragsqualität

Wie Sie uns dabei helfen können, dass wir die zugesagten Service Level einhalten können.

Kleine Ursachen ...

... können große Wirkung haben. So sind es häufig Kleinigkeiten, die das Bearbeiten von Anträgen in der Generaldirektion verzögern.

Wir wollen uns stetig verbessern und natürlich schneller werden.
Für Sie und Ihre Kunden. Unkompliziert, menschenzentriert und solide.

Dazu brauchen wir an der ein oder anderen Stelle Ihre Unterstützung.

Wundern oder ärgern Sie sich manchmal über lange Bearbeitungszeiten von Anträgen? Dann können Sie vielleicht selbst Abhilfe schaffen – der Teufel steckt nämlich oft im Detail.

Die folgenden „Top 10“ der Hürden in der Antragsaufnahme geben Ihnen Tipps, wie Sie bereits bei der Aufnahme die spätere Bearbeitung bei uns in Ihrem Sinne optimieren können.

Helfen Sie uns, Hürden zu überwinden.



Platz 10

Unvollständige persönliche Daten.

Checken Sie bei der Antragsaufnahme die Daten Ihrer Kunden:

- Ist die Anschrift (Name, Hausnummer etc.) vollständig?
- Ist das Geburtsdatum angegeben, leserlich und weicht auch nicht vom Ausweis ab?
- Sind Geburtsort und Geburtsland eingetragen?

Platz 10

Unvollständige persönliche Daten.

 = Pflichtangaben

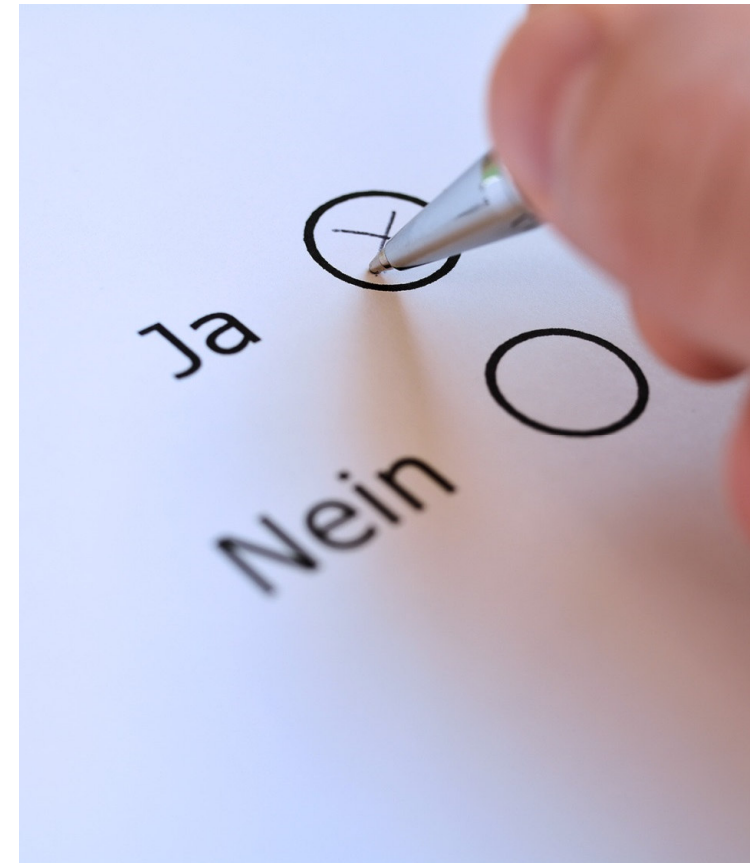
Persönliche Daten			
Versicherungsnehmer (VN) / Antragsteller sowie Versicherte Person (VP)			*Freiwillige Angaben
Name		Titel	
Vorname		☐ Männlich ☐ Weiblich	
Straße (Hauptwohnsitz)		Haus-Nr. (Hauptwohnsitz)	
Land (Hauptwohnsitz)	Deutschland	Postleitzahl (Hauptwohnsitz)	
Ort (Hauptwohnsitz)			
Geburtsdatum	25.12.1982	Eintrittsalter	35 Jahre
Geburtsort		Geburtsland	
Staatsangehörigkeit			
Familienstand	☐ Verheiratet ☐ Nicht verheiratet		
E-Mail*			
Telefon 1*		Telefon 2*	
Berufsgruppe	2		
Bereits Kunde der NÜRNBERGER	☐ Nein ☐ Ja		NÜRNBERGER Vertragsnummer

Platz 9

Versicherungstechnische Daten.

Checken Sie auch die Daten der Versicherung:

- Nehmen Sie bitte keine händischen Änderungen vor. (Beginn/Beitrag/Versicherungssumme oder Tarif etc.)
- Das Bezugsrecht muss im Antrag vollständig geregelt sein.
- Eine Dynamik ist klar und deutlich anzugeben oder abzulehnen.
- Kreuzen Sie sonstige Vereinbarungen/Voraussetzungen eindeutig mit „Ja“ oder „Nein“ an.
- Achten Sie darauf, dass alle Angaben leserlich sind.



Platz 9

Versicherungstechnische Daten.

Bitte die vorbelegten Daten nicht händisch abändern.

Versicherungstechnische Daten

Bei Berufsunfähigkeit bzw. bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit:

- Beitragsbefreiung
- Eine monatliche Rente

Vertragsbeginn	01.08.2018		
Tarifbezeichnung	SBU2901C	Garantierte jährliche Rentensteigerung	keine
Vertragsdauer	bis Endalter 67	Karenzzeit	keine
Beitragszahlungsdauer	bis Endalter 67		
Jährliche Rente	18.000 EUR	Vorrang hat	☒ Leistung ☐ Beitrag
Überschussverwendung	Abzug vom Beitrag		

(Gesamt-)Beitrag für Ihre Vorsorge

Bruttobeitrag monatlich	127,49 EUR	Nettobeitrag monatlich (zu zahlender Beitrag)	86,69 EUR ¹⁾
-------------------------	------------	---	-------------------------

Platz 8

SEPA-Lastschriftmandat.

Passt das SEPA-Lastschriftmandat?

- Ist das SEPA-Lastschriftmandat vorhanden?
- Ist es leserlich und vollständig?
- Ist der Kontoinhaber eindeutig und hat unterschrieben?
(bzw. der vom Antragsteller abweichende Beitragszahler)



Platz 8 SEPA-Lastschriftmandat.

Bitte
auf eine
Vollständigkeit, Leserlichkeit
und Korrektheit (z.B. IBAN)
der
Angaben
achten.

Kontoinhaber			
☐ Kontoinhaber = Versicherungsnehmer			
Daten des Kontoinhabers (nur auszufüllen, wenn nicht Versicherungsnehmer)			
(Familien-)Name		Titel	
Vorname		☐ Männlich	☐ Weiblich ☐ Firma
Straße (Hauptwohnsitz)		Haus-Nr. (Hauptwohnsitz)	
Land (Hauptwohnsitz)		Postleitzahl (Hauptwohnsitz)	
Ort (Hauptwohnsitz)			

Art der Zahlung	
☒ Wiederkehrende Lastschrift ☐ Einmallastschrift	
IBAN	
Geldinstitut	
BIC (sofern zur Hand)	
Wichtig: Das SEPA-Lastschriftmandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig!	
Datum	Unterschrift des Kontoinhabers

Platz 7

Wirtschaftlich Berechtigter – Steuerpflicht im Ausland – PEP (Politisch exponierte Person).

Checken Sie den entsprechenden Antragsbereich:

- Sind alle Felder leserlich und vollständig befüllt?
- Ist die Frage nach der PEP (Politisch exponierte Person) korrekt beantwortet?
(auch wenn Sie vermutlich selten mit dieser Gattung zu tun haben)

Platz 7

Wirtschaftlich Berechtigter – Steuerpflicht im Ausland – PEP (Politisch exponierte Person).

Bitte
auf eine
Vollständigkeit, Leserlichkeit
und Korrektheit
der
Angaben
achten.

Wirtschaftlich Berechtigter
Ich, der Antragsteller, bin **wirtschaftlich Berechtigter**.
Abweichend: **wirtschaftlich Berechtigter** ist

☐ Erste versicherte Person ☐ Zweite versicherte Person ☐ Abweichende Kontoinhaber ☐ Andere natürliche Person

Name				Titel			
Vorname				☐ Männlich	☐ Weiblich	☐ Firma	
Straße (Hauptwohnsitz)				Haus-Nr. (Hauptwohnsitz)			
Land (Hauptwohnsitz)				Postleitzahl (Hauptwohnsitz)			
Ort (Hauptwohnsitz)							
Geburtsort				Geburtsland			
Geburtsdatum				Staatsangehörigkeit			

Steueransässigkeit/Steuerpflicht

Sind Sie, der Antragsteller, **ausschließlich in Deutschland** steueransässig und/oder steuerpflichtig? ☐ Ja ☐ Nein

In welchem **Staat außerhalb von Deutschland** besteht die Steuerpflicht/Steueransässigkeit?

Wie ist Ihre dortige Steuernummer?

Sind Sie in weiteren Staaten steueransässig und/oder steuerpflichtig? ☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie in weiteren Staaten steueransässig bzw. steuerpflichtig, teilen Sie uns bitte den jeweiligen Staat und Ihre jeweilige dortige Steuernummer mit. Nutzen Sie hierfür bitte die "Sonstigen Vereinbarungen".

Politisch exponierte Personen

☐ Ja ☐ Nein

Ich, der Antragsteller (neuer Versicherungsnehmer) bin oder ggf. ein abweichender wirtschaftlich Berechtigter oder ein Bezugsberechtigter ist eine politisch exponierte Person.

Angaben über die Herkunft der eingesetzten Vermögenswerte

(Zu beantworten, wenn die laufenden Beiträge 12.000,00 EUR pro Jahr bzw. der Einmalbeitrag 100.000,00 EUR übersteigt oder wenn der Antragsteller (Versicherungsnehmer) oder ggf. ein abweichender wirtschaftlich Berechtigter oder ein Bezugsberechtigter eine politisch exponierte Person ist)

Bitte machen Sie nähere Angaben über die Herkunft der Vermögenswerte, die für den Vertrag eingesetzt werden und fügen Sie geeignete Belege als Nachweis bei:

☐ Laufendes Einkommen	☐ Ersparnisse	☐ Ablaufende Lebens-/Rentenversicherung
☐ Erbschaft	☐ Immobilienverkauf	☐ Betriebsvermögen
☐ Sonstige belegbare Herkunft		

Platz 6

Gesundheitsangaben.

Checken Sie die Gesundheitsangaben:

- Sind alle Kreuze gesetzt?
- Bitte an zusätzliche, detailliertere Angaben zu mit „Ja“ beantworteten Fragen denken.
- Beiblätter/Zusatzerklärungen bitte nicht vergessen.
- Scoring-Angaben dürfen NICHT händisch geändert werden.
(Berufsgruppenabweichung)
- Streichungen, unklare Markierungen bitte vermeiden.
- Bitte den Unterschied „Routineuntersuchung“ und „Routineuntersuchung ohne Befund“ beachten. Ohne weitere Angaben (z. B. „ohne Befund“, „mit Befund“ und „Diagnose“ etc.) zu einer Routineuntersuchung müssen wir nachfragen.
- Sind Größe und Gewicht angegeben?

Platz 6 Gesundheitsangaben.

Bitte
auf eine
Vollständigkeit, Leserlichkeit
und Korrektheit
der
Angaben
achten.

Angaben zum Gesundheitszustand
Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen mit Ja oder Nein.
In Klammern sind einige Beispiele genannt, um Ihnen die Beantwortung der Fragen zu erleichtern. Es handelt sich nicht um eine vollständige Liste (evtl. durchgeführt).

1. Bestehen oder bestanden	c) der Speiseröhre, des Magens, Darms, der Leber, Bauchspeicheldrüse, Galle, Milz (z. B. Magengeschwür, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Hepatitis, erhöhte Leberwerte)?	☐ Ja ☐ Nein
a) des Herzes	d) der Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane, Blut- oder Eiweißausscheidung?	☐ Ja ☐ Nein
b) der Lunge	e) des Stoffwechsels, Blutes, Anämie, Gerinnungsstörung?	☐ Ja ☐ Nein
	f) des Gehirns, Nervensystems (Parkinson)?	☐ Ja ☐ Nein
	g) der Knochen, Gelenke, Muskeln, Bewegungseinschränkung?	☐ Ja ☐ Nein
	h) der Augen (z. B. Linsen- oder Netzhauterkrankung, Sehnerveentzündung) bzw.	☐ Ja ☐ Nein
	i) Fehrsichtigkeit über 6 Dioptrien?	☐ Ja ☐ Nein
	j) der Ohren (z. B. Hörminderung)?	☐ Ja ☐ Nein
	k) der Haut oder Allergien (z. B. Abszess, Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hausstaub-, Pollen-, Tierhaar-, Nahrungsmittel- oder berufsbedingte Allergie)?	☐ Ja ☐ Nein
	l) gutartige Tumorerkrankungen (z. B. Zyste, Adenom)?	☐ Ja ☐ Nein
	m) Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Autoimmunkrankheiten (z. B. Malaria, Lupus erythematodes, Sklerodermie, Tuberkulose, Borreliose)?	☐ Ja ☐ Nein
	n) der Psyche (z. B. Depression, Angststörung, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, chronisches Müdigkeitssyndrom, psychosomatische Störung), Suchterkrankung (z. B. Einnahme von Drogen, Folgen von Alkoholkonsum)?	☐ Ja ☐ Nein
	o) Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (M. d. E.), Wehrdienstbeschädigung (WDB), Pflegestufe, ein Grad der Behinderung (G. d. B.) oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt?	☐ Ja ☐ Nein
	Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben hierzu und reichen Sie uns den entsprechenden Bescheid mit Angabe der Diagnose/n ein.	

2. Bestehen oder bestanden bösartige Tumorerkrankungen (z. B. Krebs), erfolgte ein Selbsttötungsversuch oder wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver Aids-Test)? ☐ Ja ☐ Nein

3. Sind Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte oder andere Behandler (z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten) untersucht, beraten oder behandelt worden?
Von welchen (Anschrift und Fachrichtung)?

Name			Titel	
Vorname			☐ Männlich ☐ Weiblich	
Straße			Haus-Nr.	
Land			Postleitzahl	
Ort				
Fachrichtung				
Wann				

Wurden in den letzten 12 Monaten Arzneimittel (z. B. Blutdruckmittel, Asthmaspray, entzündungsfördernde Medikamente, Schilddrüsenmedikation) verordnet bzw. eingenommen?
Welche? Wann? Weshalb?

4. Erfolgt in den letzten 5 Jahren Operationen, Krankenhaus- bzw. Kuraufenthalte oder Verletzungen oder Vergiftungen erlitten?

Nikotinkonsum
Haben Sie in den letzten 12 Monaten (elektrische) Zigaretten, (elektrische) Zigarren, (elektrische) Pfeifen genossen bzw. Nikotin in anderer Form (z. B. Kautabak, Schnupftabak) eingenommen?

Körpermaße
Körpergröße cm Gewicht kg

Beilblätter
Bitte machen Sie nähere Angaben, falls eine der Fragen mit ja beantwortet wurde (z. B. Art, Schwere, Dauer, Art und Umfang der Behandlung, Folgen, ggf. Arbeitsfähigkeitszeiten, Name und Anschrift des behandelnden Arztes).
Haben Sie zu diesem Zweck Beilblätter beigegeben? Anzahl

Angaben zum Arzt
Name, Anschrift und Fachrichtung des Arztes, der am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse unterrichtet ist:

Name			Titel	
Vorname			☐ Männlich ☐ Weiblich	
Straße			Haus-Nr.	
Land			Postleitzahl	
Ort				
Fachrichtung				

Zusätzliche Angaben

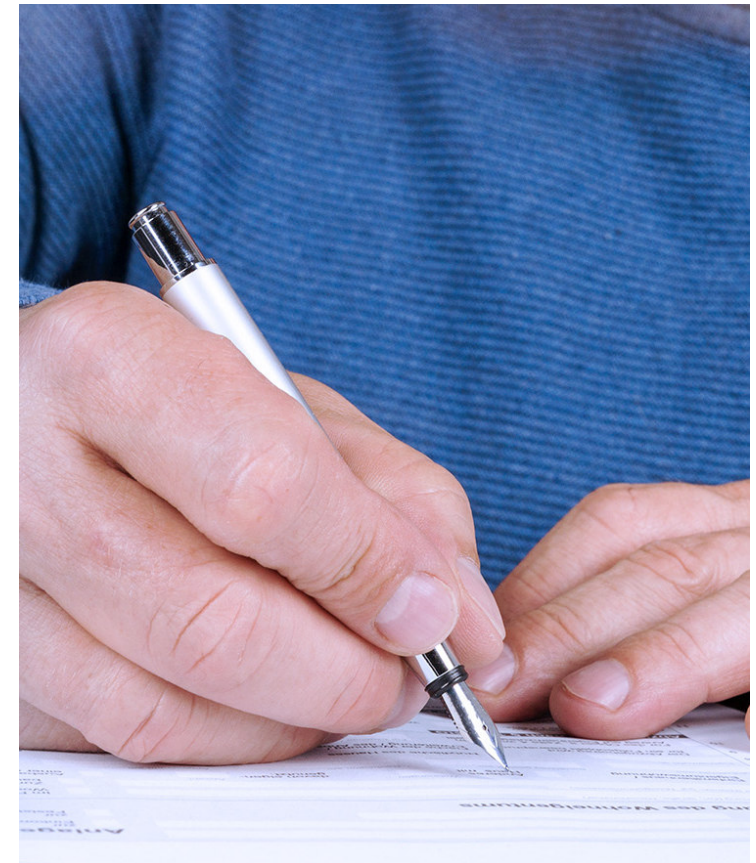
Frage Nr.	Krankheiten, Beschwerden, Ursache der Erwerbsminderung usw.	Art der Behandlung (z. B. Operation, Bestrahlung), bestehen Folgen?	Beginn/Ende von Krankenhausaufenthalt, Arbeitsunfähigkeit usw.	Name und Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser, Heilstätten, Gesundheitsämter u. Ä.
☐				
☐				
☐				
☐				

Platz 5

Schweigepflichtentbindungserklärung.

**Bitte „verschweigen“ Sie nichts.
Setzen Sie nur da ein Kreuzchen, wo es auch Sinn macht,
und vermeiden Sie bitte Folgendes:**

- Keine Kreuze setzen
- Falsche Kreuze setzen
- „Ja“ und „Nein“ bei einer Frage gleichzeitig ankreuzen
- Händische Streichungen



Platz 5

Schweigepflichtentbindungserklärung.

Bitte
auf eine
Vollständigkeit, Leserlichkeit
und Korrektheit
der
Angaben
achten.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die jeweils vertragsführende Gesellschaft, die NÜRNBERGER Lebensversicherung AG - nachfolgend NÜRNBERGER genannt -, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die NÜRNBERGER Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die NÜRNBERGER Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Ihren betreuenden Vermittler, unsere IT-Dienstleister und Rückversicherer, weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Erklärungen sind Bestandteil des Antrags. Die Erklärungen werden in der Regel in der Form der Abschlüsse der Erklärungen durch Sie, die NÜRNBERGER, im Zusammenhang mit der Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die NÜRNBERGER

Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

Möglichkeit I:

☐ Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER - soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist - meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu 10 Jahren vor Antragstellung an die NÜRNBERGER übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten durch die NÜRNBERGER an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die NÜRNBERGER tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

☐ Ich wünsche, dass mich die NÜRNBERGER in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die NÜRNBERGER einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die NÜRNBERGER einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von 5 Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die NÜRNBERGER konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu 10 Jahre nach Vertragsschluss.

Platz 4

Händische Streichungen.

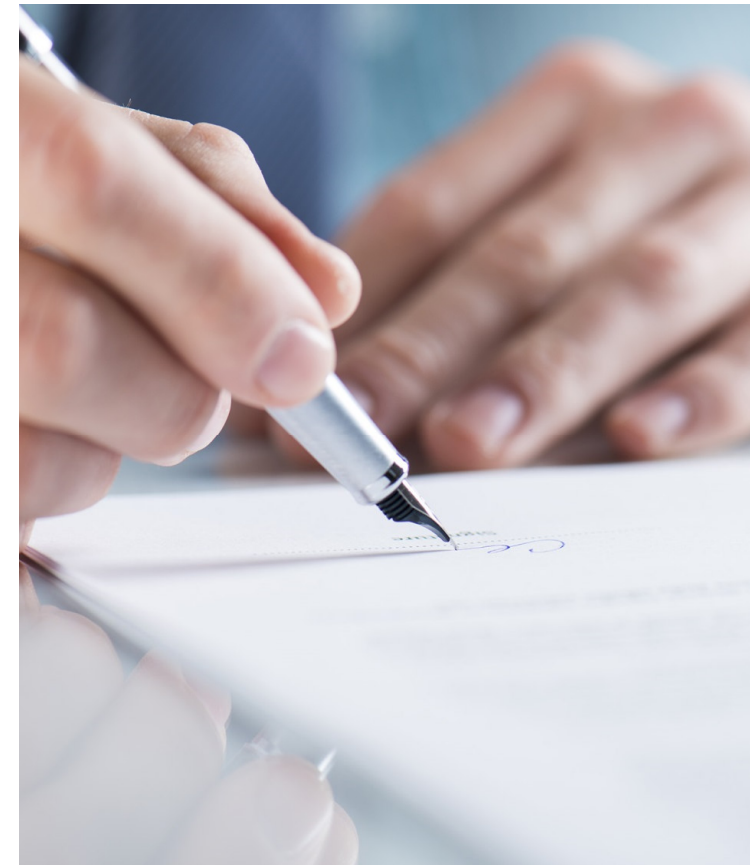
Bitte „streichen“ vermeiden:

Händische Streichungen – vor allem in Schweigepflichtentbindungs- und Datenschutzerklärung – führen zwangsläufig zu einer Nachbearbeitung und verzögern unnötig die Policierung.

Platz 3 Unterschriften.

Bitte keine Unterschriften vergessen:

- Achten Sie bitte auf vollständig unterschriebene Antragsunterlagen und Verbraucherinformationen.
- Ein „i. V.“, „i. A.“ oder „ppa.“ ist nicht zulässig.
- Denken Sie auch an Ihre notwendigen Vermittlerunterschriften.



Platz 3 Unterschriften.

Bitte achten
Sie auf
alle Unterschriften .

Wichtig: Das SEPA-Lastschriftmandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig!

Datum	Unterschrift des Kontoinhabers

Ihre Unterschrift (Vor - und Zuname)

Ort	Datum
Unterschrift des Antragstellers	

Verbraucherinformationen

Bevor Sie den Erhalt der Verbraucherinformationen bestätigen, lesen Sie bitte die "Information zur Antragstellung" auf den Folgeseiten. Die Verbraucherinformationen habe ich in der gewünschten Form (z. B. Papier oder dauerhafter Datenträger wie E-Mail, USB-Stick) vollständig erhalten und bin mit der Aushändigung in dieser Form einverstanden.

Ort	Datum
Unterschrift des Antragstellers	

Bestätigung

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt. Ich bescheinige ferner, dass nach Prüfung der Angaben die Unterschriften im Antrag eigenhändig geleistet wurden und versichere, dass mir keine den schriftlichen Antragserklärungen widersprechenden Umstände bekannt sind. Insbesondere erkläre ich hiermit, dass alle Angaben des Antragstellers/der versicherten Person(en) zu seinen/ihren gesundheitlichen Verhältnissen wertungsfrei in den Antrag aufgenommen wurden. Um die Anforderungen der 4. Geldwäscherichtlinie zu erfüllen habe ich ein Abbild/Kopie des Ausweisdokuments gefertigt und elektronisch/in Papierform dem Antrag beigelegt. Für SBU- und IBU-Verträge ist dies nicht erforderlich. Weitere Dokumente sind in elektronischer Form nicht beigelegt.

Ort	Datum
Unterschrift des Vermittlers	

Auch auf Ihre.

Platz 2

GwG-Identifizierung.

Bitte an eine vollständige GwG-Identifizierung denken:

Fehlende, unlesbare, unvollständige und abgelaufene Ausweise führen zwangsläufig zu Rückfragen.

Die Lösung:

Mit unserer brandneuen NÜRNBERGER ID-Scan-App sind Sie hier auf der sicheren Seite.

Alles Weitere finden Sie unter <http://www.fairantworten.info/service>.

(sobald auf fairantworten.info vertreten inkl. Webinar-Podcast zur ID-Scan-App)

Platz 2 GwG-Identifizierung.

☐ = Pflichtangaben

Bitte
achten Sie auf
die Vollständigkeit.

Identifizierung des Versicherungsnehmers nach dem Geldwäschegesetz

Identifizierung im Privatgeschäft:

Ausweisdokument	☐ Deutscher Personalausweis	☐ Deutscher Reisepass
	☐ Ausweisdokument (Ausland)	
Ausweisnummer		
Ausstellende Behörde		
Ausweis gültig bis		
Ausweis ausgestellt am		
		 e0bd0394-f607-4907-a1bd-96a68affdb26

Vermittlerbestätigung über Identitätsnachweis per App

Der Vermittler bestätigt, dass die Ausweiskopie per App versendet wurde.

☐ Ja ☐ Nein

Platz 1

Die „Stolperfallen“.

Bitte bremsen Sie sich und uns nicht aus:

- Viele unnötige Seiten (50 Angebotsseiten + Antrag) verursachen zwar nicht immer Rückfragen, machen die Bearbeitung aber langsamer.
- Durcheinandergewürfelte Antragsseiten müssen bei uns erst einmal sortiert werden und auch das kostet Zeit.
- Doppelt oder dreifach eingereichte Anträge sind für uns kein Problem; aber eine doppelte oder dreifache Policierung irritiert Ihre Kunden.
- Oft könnten wir Rückfragen auf dem kurzen Dienstweg klären. Dafür benötigen wir jedoch Ihre Kontaktdaten im Antrag.

Noch 2 Tipps am Rande

Tipp 1.

Nutzen Sie doch einfach unseren „ElektrA“-Antrag:

- Sie ersparen sich unnötige Nachbearbeitungen und die vorangegangenen Hinweise können Sie getrost ignorieren.
- Medizinische Risikoprüfung, verbindliche Annahmeentscheidung und elektronisches Versenden des Antrags direkt am Point of Sale!
Unser „ElektrA“ ist ab sofort übrigens auch bei führenden Vergleichsprogrammen erhältlich.
- Policierung aller „ElektrA“-Anträge innerhalb von 48 Stunden*:
Elektronische Anträge, die policierungsfähig sind, werden sofort verarbeitet. Innerhalb von 48 Stunden wird die Police erstellt (ElektrA-Prozess). Dies ist unser Versprechen an Sie!
- Sprechen Sie Ihren VTL Personen auch zu unserem „ElektrA“-Bonus an.
Das könnte interessant für Sie sein ...

*Dieser Service gilt nur innerhalb der Bürozeiten von Montag bis Freitag. Feiertage sind ausgenommen.

Noch 2 Tipps am Rande Tipp 2.

Nutzen Sie doch ganz einfach unser leistungsstarkes „Backoffice“:

- Angebots- und Bestandsservice
- Kompetente Ansprechpartner
- Gute Erreichbarkeit
- Und noch Vieles mehr ...

Unser Dienstleistungszentrum Leben/Kranken packt mit an.



 **NÜRNBERGER**
VERSICHERUNG

Dienstleistungszentrum
Leben/Kranken

Dienstleistungszentrum Leben/Kranken

Servicezeiten:
Montag bis Freitag von 8 bis 18 Uhr

Telefon: 0911 531-1133
Fax: 0911 531-81133
E-Mail: DLCLeben+Kranken@nuernberger.de

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung.
Gemeinsam packen wir es.**

