

BERUFSUNFÄHIGKEITSVERSICHERUNG

Kunde

Name, Vorname

männlich

Geburtsdatum weiblich

Anschrift

Staatsangehörigkeit

Votum bitte direkt an Vermittler:

Name, Vorname

interne Vermittlernummer bei blau direkt

Telefon

Fax

E-mail

Bestehender Versicherungsschutz

Gesellschaft

BU-Rente (mtl.)

EUR EUR

Zahlbeitrag Tarifbeitrag

Endalter

Bleibt die Versicherung bestehen? Ja Nein

Versicherungswunsch

Versicherungsbeginn

Gewünschte BU-Rente (mtl.)

Endalter

Wunschgesellschaften (inkl. Angabe der Tarife)

Gesellschaft

Gesellschaft

Gesellschaft

Tarife

Tarife

Tarife

BERUFSUNFÄHIGKEITSVERSICHERUNG

Angaben zum Beruf

Berufsbezeichnung Branche, ggf. Studienfachrichtung

Beschäftigung: Vollzeit Teilzeit - Std. pro Woche Saisonarbeit

Angestellte/r Selbstständig/er/ Freiberufler/in Auszubildende/r Hausfrau/Hausmann

Student/in Schüler/in Beamte/r auf Lebenszeit Beamte/r auf Widerruf/Probe

Detailfragen zum Beruf

1) Streben Sie aus medizinischen Gründen einen Arbeitsplatzwechsel an bzw. haben Sie jemals deshalb den Arbeitsplatz gewechselt oder eine Tätigkeit aufgegeben? Ja Nein

Wenn ja, welche Erkrankung?

2) Sind Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit besonderen Gefahren ausgesetzt? Ja Nein

Wenn ja, welche?

3)

Anteil Bürotätigkeit in % Anteil körperlicher Tätigkeit in % Anteil sonstige Tätigkeit in %

4) Jahreseinkommen der letzten drei Jahre

20 : Brutto Netto 20 : Brutto Netto 20 : Brutto Netto

BERUFSUNFÄHIGKEITSVERSICHERUNG

Allgemeine Fragen

5) Sind Sie Raucher? Ja Nein

wenn ja, was genau und wie viel? (Zigaretten, Zigarillos, Pfeife, Shisha, E-Zigaretten, usw.)

6) Betreiben Sie in Ihrer Freizeit gefährliche Sportarten/Hobbys (Tauchen, Motorsport, Kampfsport, etc.)? Ja Nein

Wenn ja, welche?

7) Ist in den nächsten 12 Monaten ein Auslandsaufenthalt von mehr als 3 Monaten geplant? Ja Nein
Wenn ja,

Welches Land / welche Region?

Wann?

Wie lange?

Aus welchem Anlass?

8) Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Anträge bei Lebensversicherungsgesellschaften zu erschwerten Bedingungen (z.B. Zuschläge, Leistungsausschlüsse) angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt? Ja Nein
Wenn ja,

Wo?

Art der Versicherung?

Welche Erschwerung?

Aus welchem Grund?

Höhe der Versicherungssumme?

EUR

Gesundheitsfragen

Körpergröße

cm

Körpergewicht

kg

1) Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten drei Jahren geändert? Ja Nein

Wenn ja: zugenommen abgenommen
Wie viele kg? kg

2) Haben innerhalb der letzten 10 Jahre Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte und/oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? Ja Nein

3) Sind Sie in den letzten 5 Jahren von Ärzten, Heilpraktikern oder anderen Therapeuten untersucht, beraten oder behandelt worden oder sind solche Maßnahmen derzeit vorgesehen wegen:

a) Herz oder Kreislauforgane/Gefäße (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Venenleiden, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Rhythmusstörungen, Krampfadern)? Ja Nein

b) Atmungsorgane, Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z.B. chronische oder wiederholte Bronchitis, Asthma, Atemwegsprobleme, Lungenentzündung, Schlafapnoe)? Ja Nein

c) Verdauungsorgane, Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber (z.B. Magengeschwür, erhöhte Leberwerte, Fettleber, Sodbrennen, Verdauungsstörungen)? Ja Nein

d) Niere, Blase, Prostata, Geschlechtsorgane (z.B. Nierensteine, Nierenentzündung, Zysten)? Ja Nein

e) Stoffwechsel, Drüsen (z.B. Diabetes, erhöhte Cholesterinwerte, Harnsäureerhöhung, Gicht, Triglyceriderhöhung, Funktionsstörung d. Schilddrüse)? Ja Nein

BERUFSUNFÄHIGKEITSVERSICHERUNG

- f) Blut, Milz (z.B. Anämie, Leukämie, Durchblutungsstörung, Blutgerinnungsstörung, Hämorrhoiden)? Ja Nein
- g) akute oder chronische Infektionen (z.B. Malaria, Hepatitis, Borreliose, Gürtelrose, Pfeiffersches Drüsenfieber)? Ja Nein
- h) Gehirn, Nervensystem, Rückenmark (z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Migräne, Bewusstseinsverlust, Parkinson, Alzheimer-Krankheit, Lähmungen, Nervenentzündung)? Ja Nein
- i) Psyche (z.B. Angststörungen, Erschöpfungssyndrom, psychosomatische Störung, Burn-Out-Syndrom, Depression, Essstörung, Suizidversuch, chronische Müdigkeit, Nervenzusammenbruch, Schizophrenie, Hyperaktivität, ADHS, Trauerverarbeitung)? Ja Nein
- j) Wirbelsäule, Bandscheibe, Rücken (z.B. Hexenschuss, Ischias, Bandscheibenvorfall, WS-Syndrom, Wirbelsäulenverkrümmung, Rückenschmerzen, Verspannung)? Ja Nein
- k) Knochen, Gelenke, Bänder, Sehnen, (z.B. Knochenbrüche, Gelenkverschleiß, Arthrose, Knochenbrüche, rheumatische Beschwerden, Meniskusschaden, Bänderrisse, Sehnnenscheiden- oder Schleimbeutelentzündung, Muskelschwund)? Ja Nein
- l) Brustdrüsen (z.B. knotige Veränderungen, Entzündungen)? Ja Nein
- m) Haut, Allergien (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Ekzem, Schuppenflechte, Tierhaare)? Ja Nein
Bei Muttermal-/Leberfleckenentfernung: gutartig bösartig
- n) Augen (z.B. Sehhstörung, Fehlsichtigkeit, erhöhter Augendruck, grauer/grüner Star, Netzhautablösung, Laserbehandlung)? Ja Nein
 Dioptrien links Dioptrien rechts Kurzsichtig Weitsichtig
- o) Ohren (z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen, Schwindel)? Ja Nein
- p) Wurde eine HIV-Infektion festgestellt, bzw. steht ein Ergebnis aus? Ja Nein
- q) Konsum von oder Behandlung des Konsums von Betäubungsmitteln, Drogen oder Alkohol innerhalb der letzten 10 Jahre? Ja Nein
- r) Tumorerkrankungen innerhalb der letzten 5 Jahre (z.B. Krebs, Zysten) (10 Jahre bei Continentale, Helvetia, WWK oder Zurich)? Ja Nein
- s) Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 2 Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig erkrankt? Ja Nein
- t) Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren in festen zeitlichen Abständen apothekenpflichtige/verschreibungspflichtige Arzneimittel zu sich? (Empfängnisverhütungsmittel sind ausgenommen) Ja Nein
- u) bestehen angeborene körperliche oder geistige Beeinträchtigungen, Behinderungen oder Störungen? Ja Nein

anerkannte Schwerbehinderung:

Grad der Behinderung in %

Erwerbsminderung:

Minderung des Erwerbs in %

Seit

Wehrdienstbescheinigung (WDB)

Pflegebedürftigkeit:

Seit wann?

BERUFSUNFÄHIGKEITSVERSICHERUNG

Bitte machen Sie hier genauere Angaben (Diagnose, Beschwerden, Häufigkeit, Behandlungsdauer, Folgen, Behandlung/Medikation, Beschwerdefreiheit) zu den im Abschnitt Gesundheitsfragen positiv beantworteten Fragen.

Fügen Sie bitte die entsprechenden Zusatz-Fragebögen (falls für Krankheitsbild vorhanden) und zwingend alle vorhandene Dokumente (z.B. Arztberichte, OP-Berichte, Krankenhausentlassungsberichte) bei.

Zu Frage	Diagnose, Beschwerden, Folgen	Wann, wie lange, wie häufig?	Medikation, Behandlung	Beschwerdefreiheit
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Seit _____
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Seit _____
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Seit _____
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Seit _____
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Seit _____
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Seit _____
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Seit _____
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Seit _____

Der Makler bestätigt hiermit, dass eine Vollmacht des Kunden vorliegt, die es ihm gestattet, die persönlichen Daten und Gesundheitsangaben an Partner und Versicherer weiterzuleiten, um passende Angebote für eine Lebensversicherung zu erhalten. Sofern der Kunde diese Erklärung eigenhändig unterzeichnet, ist eine Vollmacht nicht erforderlich und er erteilt somit die zuvor genannten Befugnisse.

 Ort / Datum / Unterschrift Makler

 Ort / Datum / Unterschrift Kunde (optional)