

FRAGEN AN DIE ZU VERSICHERNDE PERSON

Bitte geben Sie unbedingt den **Namen und die Praxisanschrift des Arztes** an, der zurzeit am besten über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person informiert ist.

| | | |
|------------------|----------------------|----------------------|
| Titel, Nachname | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Vorname(n) | <input type="text"/> | |
| Straße, Haus-Nr. | <input type="text"/> | |
| PLZ, Ort | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Telefon | <input type="text"/> | |

FRAGEN ZUM BERUF (bitte vollständig ausfüllen)

Derzeitiger Beruf Branche

Sind Sie angestellt selbstständig Beamter Freiberufler Auszubildender Student Schüler

nicht erwerbstätig/arbeitssuchend Sonstiges?

Anteil Bürotätigkeit %

Tragen Sie Personalverantwortung? ja nein Falls ja, für wie viele Mitarbeiter? Mitarbeiter

Bildungs-/Berufsabschluss (höchster Abschluss)

Ausbildungsberuf

Zu wie viel Prozent sind Sie wie folgt tätig (bitte machen Sie hier ungefähre Angaben, sodass die Summe 100 % ergibt)?

Bürotätigkeit % körperlich/handwerklich % Reise- oder Außendienst % Sonstiges %

TEIL A – Allgemeine Fragen

- 1] Wurden in den letzten 5 Jahren für Ihre Person Anträge auf Lebens-, Dread-Disease-, Grundfähigkeits-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherungen von anderen Versicherern abgelehnt, zurückgestellt, noch nicht entschieden oder nur zu erschwerten Bedingungen, z. B. Zuschlag, Ausschlussklausel oder verkürzte Dauer, angenommen oder angeboten? ja nein

Falls ja, bei welcher Gesellschaft, wann und weshalb?
- 2] Bestehen bei anderen Versicherern bereits Lebens-, Dread-Disease-, Grundfähigkeits-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherungen oder haben Sie bereits Anspruch auf andere Versorgungsleistungen für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit (z. B. berufsständisches Versorgungswerk, Versorgungszusage des Arbeitgebers, nicht gesetzliche Rentenansprüche, sonstige Anwartschaften)? ja nein

Falls ja, bei welcher Gesellschaft, Art der Deckung und Höhe der Absicherung?
- 3] Sind Sie in Beruf oder Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Unfall-/Absturzgefahr, Gefahr-/Schadstoffe, Witterung, Teilnahme an Wettkämpfen, Motorsport, Tauchen, Boxen, Bergsteigen, Flugsport oder sonstige gefährliche Sportarten usw.)? ja nein

Falls ja, welchen?
- 4] Beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate einen Auslandsaufenthalt außerhalb der EU von mehr als 6 Monaten? ja nein

Falls ja, wo, zu welchem Zweck und wie lange?

TEIL B – Gesundheitsfragen

(Ergebnisse prädiktiver Gentests, d. h. Gentests ohne Vorliegen einer Krankheit, müssen nicht angegeben werden):

- 5] Bitte geben Sie Größe und Gewicht an Größe cm Gewicht kg
- 6] Sind oder waren Sie in den letzten 3 Jahren bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nicht ärztlichen Therapeuten in Beratung, in Behandlung oder zur Untersuchung oder sind solche Maßnahmen derzeit vorgesehen wegen Krankheiten oder Beschwerden in den folgenden Bereichen? (Die aufgeführten Beispiele dienen nur der Veranschaulichung und sind nicht abschließend.)
- 6.1] des Herz-Kreislauf-Systems, z. B. Herzfehler, Herzinfarkt, Herzleistungsschwäche, Herzkranzgefäß-/Herzklappenerkrankung, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall, Thrombosen, Embolien, Durchblutungsstörungen, Lymphödem (geschwollene Arme oder Beine), Krampfadern, behandlungsbedürftiger Bluthochdruck, Herzschmerzen (Angina pectoris), Veränderungen im EKG ja nein
- 6.2] der Atmungsorgane, z. B. Asthma, Bronchitis, Emphysem, Lungen-/Rippenfellentzündung, Apnoe ja nein
- 6.3] der Nieren und Harnwege, z. B. Entzündungen der Niere oder Blase, Steine, Abflussstörungen/Harnverhalt, Schmerzen beim Wasserlassen, Blut/Eiweiß im Urin, Inkontinenz ja nein
- 6.4] der Geschlechtsorgane (Brust, Gebärmutter, Eierstöcke, Hoden, Prostata ...), z. B. Gebärmutter- oder Eierstockentzündung, verdächtiger kontrollbedürftiger Befund der letzten Vorsorge (Abstrich, Brustuntersuchung), Prostatavergrößerung/-entzündung ja nein
- 6.5] der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse, z. B. Gelbsucht, Hepatitis, Lebervergrößerung oder -verfettung, Leberwerterhöhung, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Gallensteine, Gallenblasenentzündung ja nein
- 6.6] der Verdauungsorgane (Speiseröhre, Magen, Darm), z. B. Zwölffingerdarmentzündung (Gastritis), Magengeschwür, -blutung oder -schleimhautentzündung, chronische Darmentzündung (Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn), Blut im Stuhl ja nein
- 6.7] des Blutes, der blutbildenden und lymphatische Organe (Milz), z. B. Blutarmut, Anämie, Leukämie ja nein
- 6.8] der Nerven, des Gehirns, z. B. Anfälle, Ohnmacht, Lähmung, behandlungsbedürftige Migräne, Multiple Sklerose, Parkinson, Alzheimer, Schädel-Hirn-Verletzung, Sensibilitätsstörungen ja nein
- 6.9] der Psyche, z. B. Angststörung, Depression, Suizidversuche, Essstörungen, psychosomatische Störungen ja nein
- 6.10] der Haut, z. B. Neurodermitis, Psoriasis (Schuppenflechte), auffällige oder kontrollbedürftige Muttermale, Ekzeme, Basaliom, Melanom ja nein
- 6.11] des Stoffwechsels, der Drüsen und des Hormonhaushaltes, z. B. Zuckerkrankheit/Diabetes, Schilddrüsenfunktionsstörung oder -vergrößerung, behandlungsbedürftige Blutfetterhöhung (Cholesterin, Triglyceride), behandlungsbedürftige Harnsäureerhöhung/Gicht ja nein
- 6.12] Infektionen, Tropen-, Geschlechtskrankheiten, z. B. Tuberkulose, HIV, Hepatitis, Malaria, Syphilis (Lues) ja nein
- 6.13] gut- oder bösartige Tumore, z. B. Krebs, Morbus Hodgkin (Lymphdrüsenkrebs), Gehirntumore ja nein
- 6.14] Autoimmunerkrankungen, z. B. Rheuma, Morbus Bechterew, Lupus erythematodes, Raynaud-Syndrom ja nein
- 6.15] Allergien, z. B. Hausstaub- oder Pollenallergie, Allergie gegen Mehlstaub, Arzneimittel, Tierhaare ja nein
- 6.16] des Bewegungsapparates, z. B. Bandscheibenvorfall, Schleudertrauma, Skoliose, Scheuermann, Rückenschmerzen, Hexenschuss, Bänderriss, Meniskusverletzung, Arthrose, Gelenkschmerzen/Arthritis, Hüftgelenksdysplasie ja nein
- 6.17] der Augen oder Ohren, z. B. Tinnitus, Hörsturz, Hörminderung, Einschränkung der Sehfähigkeit oder des Gesichtsfeldes, Doppelbilder, Netzhautablösung, Makuladegeneration, Kurzsichtigkeit über 10 Dioptrien, andere Fehlsichtigkeiten, Laserung der Netzhaut, Erhöhung des Augendruckes (Glaukom) ja nein
- 7] Fanden in den vergangenen 5 Jahren stationäre Krankenhausbehandlungen, Operationen (auch ambulant), Strahlen- oder Chemotherapien, Reha- oder Kuraufenthalte, Entzugsbehandlungen statt oder wurden solche angedacht, aber noch nicht durchgeführt? Falls ja, welche Diagnose wurde gestellt, welche Behandlungen wurden durchgeführt und wann fanden diese statt? ja nein
-
- 8] Sind derzeit noch Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen), Behandlungen, Operationen usw. angedacht oder stehen Ergebnisse bereits durchgeführter Untersuchungen aus? Falls ja, welche Diagnose wurde gestellt, welche Behandlungen wurden durchgeführt und wann fanden diese statt? ja nein
-
- 9] Wurden Sie in den letzten 3 Jahren wegen Überlastungs-, Überforderungs- oder Erschöpfungszustand (Burn-out), Entwicklungsstörungen, z. B. ADS/ADHS, Leistungsminderung, Mobbing ärztlich oder psychotherapeutisch beraten oder behandelt? ja nein
- 10] Bestehen Folgen von Unfällen, Vergiftungen, Verletzungen, Krankheiten oder Operationen, z. B. Gliedmaßenverlust, Bewegungseinschränkungen, Hirnleistungsschwäche? ja nein
- Falls ja, welche?
- 11] Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren Betäubungsmittel oder Drogen ein? ja nein
- Falls ja, machen Sie nähere Angaben:
- Welcher Art? Wie viel pro Woche?
- 12] Haben Sie in den letzten zwölf Monaten geraucht? ja nein

TEIL C – Zusätzliche Fragen, falls eine Berufsunfähigkeitsrente von mehr als 2.500 € monatlich inklusive bestehender Vorversicherungen beantragt wird.

- 13] Wie hoch war das Brutto-Jahreseinkommen in den letzten 3 Jahren aus Ihrer beruflichen Tätigkeit? (Einkünfte aus Vermietung, Kapitalerträge usw. bitte nicht angeben.)
- Jahr
- Bruttoeinkommen € € €
- 14] Beziehen, bezogen oder beantragten Sie eine Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, Unfallinvalidität oder aus anderen gesundheitlichen Gründen? Besteht eine Schwerbehinderung (Gdb)/Erwerbsminderung (MdE) oder ist/wurde die Feststellung beantragt? ja nein
- Falls ja, welche und was ist der Grund der Beeinträchtigung?

ERGÄNZUNG ZU DEN GESUNDHEITSFRAGEN

Falls Sie eine oder mehrere der Gesundheitsfragen mit „ja“ beantwortet haben, machen Sie hier bitte genauere Angaben und fügen Sie zudem den ggf. erforderlichen ausgefüllten Risikofragebogen bei. Sollte der hier vorgesehene Platz nicht ausreichen, fügen Sie bitte ein gesondertes, von Ihnen datiertes und unterschriebenes Blatt bei.

| Zu Frage | Betroffene Organe/ Körperteile | Diagnose und -zeitpunkt | Häufigkeit der Symptome | Beschwerden/ Folgen | Lag Arbeitsunfähigkeit vor? Wenn ja, wie lange? | Name und Anschrift des Arztes/Krankenhauses |
|----------|--------------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Falls weitere Unterlagen folgen bzw. beigelegt sind, machen Sie hier bitte nähere Angaben, um welche Unterlagen es sich handelt:

.....

.....

.....

.....

.....