

Risikoanalyse

Berufsunfähigkeitsversicherung

per E-Mail an: >NI?BLML?@safive>CI>.de

Kundendaten	Vermittler
Nachname/Vorname	Nachname/Vorname
Geburtsdatum ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	E-Mail-Adresse
Anschrift	Telefonnummer
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	
Staatsangehörigkeit	
Haben Sie Kinder? Ja ☐ Nein ☐ falls ja, Anzahl:	

Bestehender Versicherungsschutz	
Gesellschaft	Endalter
BU-Rente (mtl.)	Bleibt die Versicherung bestehen? Ja ☐ Nein ☐
Zahlbeitrag EURO	Tarifbeitrag EURO

Versicherungswunsch	
Versicherungsbeginn	Endalter
Gewünschte BU-Rente (mtl.)	

Wunschgesellschaften (inkl. Angabe der Tarife)	
Gesellschaft	Tarife
Gesellschaft	Tarife
Gesellschaft	Tarife

Risikoanalyse

Berufsunfähigkeitsversicherung

per E-Mail an: >NI?BLML?>@safiveCI>.de

Angaben zum Beruf

Berufsbezeichnung

Branche ggf. Studienfachrichtung

Beschäftigung: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit- Std. pro Woche ☐ Saisonarbeit

☐ Angestellte/r ☐ Selbständig/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

5) Sind Sie leitend tätig? Ja ☐ Nein ☐

a) falls ja – Anzahl der Mitarbeiter, die Ihnen unterstellt sind:

Risikoanalyse

Berufsunfähigkeitsversicherung

per E-Mail an: >NI?BLML?>@safiveCI>.de

Allgemeine Fragen

- 5) Sind Sie Raucher? ☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, was genau und wie viel? (Zigaretten, Zigarrillos, 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?
 EUR
Aus welchem Grund? Höhe der Versicherungssumme?

Gesundheitsfragen

- cm kg
Körpergröße Körpergewicht
- 1) Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten drei Jahren geändert? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja: ☐ zugenommen ☐ abgenommen kg
Wie viele 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, Harnsäurerhöhung, Gicht, Triglyceriderhöhung, Funktionsstörung der Schilddrüse)? ☐ Ja ☐ Nein

Risikoanalyse

Berufsunfähigkeitsversicherung

per E-Mail an: >NI?BLML?>@safiveCI>.de

Gesundheitsfragen

- 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, Alzheimerkrankheit, 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, Sehnenscheiden- 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-/Leberfleckentfernung: ☐ gutartig ☐ bösartig
- n) Augen (z.B. Sehstörung, Fehlsichtigkeit, erhöhter Augendruck, grauer/grüner Star, Netzhautablösung, Laserbehandlung)? ☐ Ja ☐ Nein
 ☐ kurzsichtig ☐ weitsichtig
Dioptrien links Dioptrien rechts
- 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?

Risikoanalyse

Berufsunfähigkeitsversicherung

per E-Mail an: >NI?BLML?>@safiveCI>.de

Details zu den Gesundheitsfragen

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
				☐ Ja ☐ Nein Seit
				☐ Ja ☐ Nein Seit
				☐ Ja ☐ Nein Seit
				☐ Ja ☐ Nein Seit
				☐ Ja ☐ Nein Seit
				☐ Ja ☐ Nein Seit
				☐ Ja ☐ Nein Seit
				☐ Ja ☐ Nein Seit
				☐ Ja ☐ 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 Berufsunfähigkeitsversicherung 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 | Christoph Schröders

Ort | Datum | Unterschrift | Kunde