

RISIKOVORANFRAGE

RISIKOLEBENSVERSICHERUNG

Kunde

Name, Vorname

männlich
Geburtsdatum weiblich

Anschrift

Staatsangehörigkeit

Votum bitte direkt an Vermittler:

Name, Vorname

Interne Vermittlernummer bei blau direkt

Telefon

Fax

E-mail

Versicherungswunsch

Versicherungsbeginn

Versicherungssumme

konstant linear fallend annuitätisch fallend

Zinssatz: % und Tilgungssatz: % Tilgungsfreie Anfangsjahre:

Jahre
Versicherungsendalter oder Versicherungsdauer

Jahre
Beitragszahlungsendalter oder Beitragszahlungsdauer

Wunschgesellschaften (inkl. Angabe der Tarife)

<input type="text"/> Gesellschaft	<input type="text"/> Tarife
<input type="text"/> Gesellschaft	<input type="text"/> Tarife
<input type="text"/> Gesellschaft	<input type="text"/> Tarife

RISIKOVORANFRAGE

RISIKOLEBENSVERSICHERUNG

Angaben zum Beruf

Berufsbezeichnung

Branche, ggf. Studienfachrichtung

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Angestellte/r | <input type="checkbox"/> Student/in | <input type="checkbox"/> Auszubildende/r | <input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann |
| <input type="checkbox"/> Arbeiter/in | <input type="checkbox"/> Schüler/in | <input type="checkbox"/> Beamte/r / öffentl. Dienst | <input type="checkbox"/> Beamte/r auf Widerruf/Probe |
| <input type="checkbox"/> Selbstständige/r | <input type="checkbox"/> arbeitslos/arbeitssuchend | <input type="checkbox"/> Sonstiges: | <input type="text"/> |

Höchster Bildungsabschluss

- | | | | |
|---|--|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Studium (Hochschule, Fachhochschule) | <input type="checkbox"/> Meisterprüfung | <input type="checkbox"/> Schulabschluss: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Hochschul-/Fachhochschulreife | <input type="checkbox"/> Berufsausbildung/Berufsakademie | <input type="checkbox"/> ohne Abschluss | |

Angaben zum Rauchverhalten

Zum Rauchen gehört die aktive Aufnahme von Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren (hierzu zählen auch E-Zigarette, E-Zigarillos, E-Pfeife, Kautabak, Schnupftabak, Wasserpfeife, Shisha und E-Shisha).

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich habe noch nie geraucht | <input type="checkbox"/> Monat/en |
| <input type="checkbox"/> Nichtraucher seit mindestens <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Jahr/en |
| <input type="checkbox"/> Raucher | |

Was rauchen Sie?

Wie viel rauchen Sie pro Tag?

Angaben zum Alkoholkonsum

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein

Wenn ja, was und wie viel pro Woche?

RISIKOVORANFRAGE

RISIKOLEBENSVERSICHERUNG

Allgemeine Fragen

1. Sind Sie privat Gefahren ausgesetzt? Ja Nein

Hierzu zählen das Fahren eines motorisierten Zweirades über 50 ccm, eines Quads oder Trikes (auch Saisonfahrer), Tauchsport (außer reines Schnorcheln), Bergsport (außer reine Bergwanderungen auf gekennzeichneten Wanderwegen oder Klettern an künstlichen Kletterwänden), Flugsport (z.B. Drachen-, Gleitschirm-, Segelfliegen, Motorflug, Ultraleichtflug, Fallschirmspringen), Motorsport, Kampfsport, Vielseitigkeitsreiten, Extremsport, Teilnahme an Wettbewerben/Rennfahrten?

Wenn ja, welchen?

2. Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf ausgesetzt? Ja Nein

Hierzu zählen z.B. Umgang mit gesundheitsgefährdenden, radioaktiven, explosiven Stoffen oder Strahlen, Chemikalien, Militär, Sondereinheiten, Expeditionen, Aufenthalt in Krisengebieten

Wenn ja, welchen?

3. Werden Sie voraussichtlich in den nächsten 12 Monaten für länger als 6 Wochen in das außereuropäische Ausland reisen? Ja Nein

Wenn ja, wann und wie lange?

Wohin?

Aus welchem Anlass?

4. 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

- 1) cm kg

Körpergröße

Körpergewicht

- 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

RISIKOVORANFRAGE

RISIKOLEBENSVERSICHERUNG

- 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, 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-/Leberfleckenentfernung: gutartig bösartig
- n) Augen (z.B. Sehhörung, 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) Ja Nein
- 4) Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 2 Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig erkrankt? Ja Nein
- 5) Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren in festen zeitlichen Abständen apothekenpflichtige/verschreibungspflichtige Arzneimittel zu sich? (Empfängnisverhütungsmittel sind ausgenommen) Ja Nein
- 6) Bestehen angeborene körperliche oder geistige Beeinträchtigungen, Behinderungen oder Störungen? Ja Nein

anerkannte Schwerbehinderung (GdB):
 Grad der Behinderung in %

Grad des Schädigungsfolge (GdS):
 Grad der Schädigungsfolge in %

Erwerbsminderung (MdE):
 Minderung des Erwerbs in % Seit

Pflegebedürftigkeit:
 Seit wann?

Wehrdienstbescheinigung (WDB)

RISIKOVORANFRAGE

RISIKOLEBENSVERSICHERUNG

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
				<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)

Die Nutzung dieses Formulars setzt eine aktive Vertriebsvereinbarung mit der blau direkt GmbH&Co.KG voraus