

## 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

cm  
Körpergröße

cm

kg  
Körpergewicht

kg

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, 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. 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) (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)