

Risikovorfragebogen Berufsunfähigkeitsversicherung



Persönliche Angaben

Wie hast Du uns gefunden, wer hat uns empfohlen? _____

Bei der Suche über das Internet durch welchen Artikel? _____

Name, Vorname

Telefon

E-Mail

Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

Geburtsdatum

Geschlecht

Staatsangehörigkeit

Familienstand

Anzahl Kinder im Haushalt

Berufliche Angaben

Berufsbezeichnung

Branche, ggf. Studienfachrichtung

Ausbildung als

Höchster akademischer bzw. schulischer Abschluss

Bei Studenten, geplantes Studienende MM/YY

Beschäftigung

Arbeitsverhältnis

% Anteil Bürotätigkeit

% Anteil körperlicher Tätigkeit

% Anteil Reisetätigkeit

Hast Du Mitarbeiterverantwortung (oder Projektleitungsverantwortung)?

Nein

Ja: _____ Vollzeitmitarbeiter _____ Teilzeitmitarbeiter

Jahresbruttoeinkommen aktuell & der letzten drei Jahre (bei Selbstständigen Gewinn vor Steuern):

Aktuell: _____ € 20____ : _____ € 20____ : _____ € 20____ : _____ €

Bei Beamten Besoldungsstufe: _____



Bestehende Absicherung - Arbeitskraftabsicherung

Gesellschaft

Bestehende Absicherungssumme €

Versicherungsbeginn

Versicherungsende

Leistungsdauer bis (Endalter)

Zahlbeitrag (Nettobeitrag)

Tarifbeitrag (Bruttobeitrag)

Zahlungsweise

Bleibt die Versicherung bestehen? Ja Nein Unentschlossen

Hast Du Absicherungsansprüche im Fall einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit aus einem Versorgungswerk oder einer betrieblichen Altersvorsorge?

Nein Ja, in Höhe von _____ € monatlich

Art der Versorgung

Weiß ich nicht

Bestehende Versicherung - Krankenversicherung

Bestehende Krankenversicherung

KV-Status

Wechsel gewünscht? Ja Nein

Gewünschter Versicherungsschutz

Versicherungsbeginn

Bis Endalter

Gewünschte BU-Rente (mtl.) €

Bestehen über die Beratung zur BU hinaus noch weitere Beratungswünsche?

Risikofragen

1. Bist Du aktuell Raucher?
 Ja Nein, seit min. 12 Monaten Nein, seit min. 10 Jahren

2. Wie sind Deine aktuellen Körpermaße?

_____ cm _____ kg
Körpergröße *Körpergewicht*

3. Bist Du in Deiner beruflichen Tätigkeit besonderen Gefahren ausgesetzt? Ja Nein

*Wenn ja, welche? (ggf. **Eigenerklärung auf einem Extrablatt**)*

4. Betreibst Du in Deiner Freizeit gefährliche Sportarten/ Hobbys? Ja Nein
(z.B. Tauchen, Reiten, Berg-, Motor oder Kampfsport, etc.)

*Wenn ja, welche? (**Bitte Eigenerklärung anfügen**)*

5. Ist in den nächsten **12 Monaten** ein Auslandsaufenthalt von **mehr als 3 Monaten** geplant? Ja Nein

Welche(s) Land/ Region?

Wann?

Wie lange?

Welcher Anlass?

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

Wenn ja, bei welcher Versicherung?

Art der Versicherung?

Welche Erschwerung?

Aus welchem Grund?

_____ €
Höhe der Versicherungssumme?

Gesundheitsfragen

1. Bestehen oder bestanden in den **letzten 5 Jahren** Krankheiten, Beschwerden bzw. Beeinträchtigungen oder fanden Arztbesuche, Behandlungen, Beratungen bzw. Untersuchungen statt, hinsichtlich:
- a) Herz oder Kreislauforgane/ Gefäße Ja Nein
(z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Venenleiden, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Rhythmusstörungen, Krampfadern)? wenn ja, welche?
sep. Blatt
 - b) Atmungsorgane, Lunge, Bronchien, Zwerchfell Ja Nein
(z.B. chronische oder wiederholte Bronchitis, Asthma, Atemwegsprobleme, Lungenentzündung, Schlafapnoe)? wenn ja, welche?
sep. Blatt
 - c) Verdauungsorgane, Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber Ja Nein
(z.B. Magengeschwür, erhöhte Leberwerte, Fettleber, Sodbrennen, Verdauungsstörungen)? wenn ja, welche?
sep. Blatt
 - d) Niere, Blase, Prostata, Geschlechtsorgane Ja Nein
(z.B. Nierensteine, Nierenentzündung, Zysten)?
 - e) Stoffwechsel, Drüsen Ja Nein
(z.B. Diabetes, erhöhte Cholesterinwerte, Harnsäureerhöhung, Gicht, Triglyceriderhöhung, Funktionsstörung der Schilddrüse)?
 - f) Blut, Milz Ja Nein
(z.B. Anämie, Leukämie, Durchblutungsstörung, Blutgerinnungsstörung, Hämorrhoiden)?
 - g) akute oder chronische Infektionen Ja Nein
(z.B. Malaria, Hepatitis, Borreliose, Gürtelrose, Pfeiffersches Drüsenfieber)?
 - h) Gehirn, Nervensystem, Rückenmark Ja Nein
(z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Migräne, Bewusstseinsverlust, Parkinson, Alzheimerkrankheit, Lähmungen, Nervenentzündung)?
 - i) Psyche Ja Nein
(z.B. Angst-, Ess- oder psychosomatische Störung, Erschöpfungssyndrom, Burn Out, Depression, Suizidversuch, chronische Müdigkeit, Nervenzusammenbruch, Schizophrenie, Hyperaktivität, ADHS Trauerverarbeitung)?
 - j) Wirbelsäule, Bandscheibe, Rücken Ja Nein
(z.B. Hexenschuss, Ischias, Bandscheibenvorfall, WS-Syndrom, Wirbelsäulenverkrümmung, Rückenschmerzen, Verspannung)?
 - k) Knochen, Gelenke, Bänder, Sehnen Ja Nein
(z.B. Knochenbrüche, Gelenkverschleiß, Arthrose, Knochenbrüche, rheumatische Beschwerden, Meniskusschaden, Bänderrisse, Sehnenscheiden- oder Schleimbeutelentzündung, Muskelschwund)?
 - l) Brustdrüsen Ja Nein
(z.B. knotige Veränderungen, Entzündungen)?

- m) Haut, Allergien Ja Nein
 (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Ekzem, Schuppenflechte, Tierhaare)?
 Bei Muttermal-/ Leberfleckentfernung: gutartig bösartig
- n) Augen Ja Nein
 (z.B. Sehstörung, Fehlsichtigkeit, Hornhautverkrümmung, erhöhter
 Augendruck, grauer/grüner Star, Netzhautablösung, Laserbehandlung)?
 kurzsichtig weitsichtig
- _____ _____
 Dioptrien links Dioptrien rechts
- o) Ohren Ja Nein
 (z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Gleichgewichtsstörung, Schwindel)?
- p) Tumorerkrankungen Ja Nein
 (z.B. Krebs, Zysten)?
2. Warst Du in den letzten **5 Jahren länger als 2 Wochen** zusammenhängend
 arbeitsunfähig erkrankt? Ja Nein
3. Haben innerhalb der letzten **10 Jahre** Krankenhaus-, Rehabilitations-,
 Kuraufenthalte und/oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche
 ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? Ja Nein
4. Hast Du innerhalb der letzten **10 Jahre** Drogen oder Betäubungsmittel
 konsumiert oder wurdest Du in dem Zeitraum wegen Folgen des Konsums von
 Betäubungsmitteln, Drogen oder Alkohol beraten oder behandelt? Ja Nein
5. Wurde **jemals** eine HIV-Infektion festgestellt, bzw. steht ein Ergebnis aus? Ja Nein
6. Bestehen **jemals** angeborene körperliche oder geistige Beeinträchtigungen,
 Behinderungen oder Störungen? Ja Nein
- anerkannte Schwerbehinderung* _____
 Grad der Behinderung in %
- Erwerbsminderung* _____
 Erwerbsminderung in % Seit (Monat/Jahr)
7. Warst Du vor **mehr als 5 Jahren** aber **innerhalb von 10 Jahren**
 wegen psychischer Erkrankungen in Behandlung? Ja Nein

Hiermit stimme ich der Verwendung und Speicherung meiner persönlichen Daten bzw. Angaben im Rahmen der Beratung durch die Kallenberger-Finanz und deren Mitarbeiter ausdrücklich zu. Sie können dieser Zustimmung jederzeit in Textform widersprechen.

 Ort, Datum

 Unterschrift

Zusendung der Unterlagen bzw. Dokumentenupload

1. Was, wenn Sie Gesundheitsfragen mit ja beantwortet haben?

Wenn Sie eine oder mehrere Gesundheitsfragen mit ja beantwortet haben, verwenden Sie ein Zusatzblatt (Eigenerklärung - bitte in eine PDF umwandeln). Beschreiben Sie die Situation in eigenen Worten. Am Ende des Blattes bitte Ort, Datum und Unterschrift setzen. Für die anonyme Risikovorfrage schwärze ich alle relevanten Stellen. Natürlich schwärze ich auch alle relevanten Stellen beim umfassenden Risikovorfragebogen.

Gehen Sie ein auf:

- Art und Ursache der Krankheit (genaue Diagnose), Beschwerden, Untersuchungen
- Erfolgten oder erfolgen Therapien, Folgen, Ergebnisse (idealerweise: „folgenreich verheilt“)
- Auftreten der Beschwerden und Behandlungen (wann, wie lange?)
- Bestand eine Arbeitsunfähigkeit?
- Behandlungs- und Beschwerdefreiheit seit (Datum)
- Name und Anschrift behandelnde Ärztin/Arzt und Facharztbezeichnung

2. Vorab-Datenschutzerklärung

Bitte fülle die Vorab-Datenschutzerklärung aus. Somit dürfen wir mit deinen sensiblen Gesundheitsdaten auch arbeiten. Gemäß Datenschutzgrundverordnung

3. Beschreibung Beruf & risikoreiche Hobbys

Nach Zuruf von mir schicken Sie eine genaue Beschreibung (Eigenerklärung Beruf) ihrer beruflichen Tätigkeit zur Berufsgruppeneinstufung (beitragsrelevant). Eventuell benötigen wir auch eine genaue Beschreibung von risikoreichen Hobbys. Dazu gehören Klettern, Reiten, Kampfsport, Tauchsport und Flugsport, nicht jedoch Ski-Alpin. Auch bitte hier Ort, Datum und Unterschrift setzen.

4. Zusätzliche Unterlagen

Wenn Sie Arztbriefe, Befundberichte oder Entlassungsbriefe zur Hand haben schicken Sie mir diese ebenso zu. Diese werden von mir ebenso für eine anonyme Voranfrage geschwärzt. Falls Sie solche Unterlagen nicht zur Hand haben können wir diese bei Ärzten, wenn von Versicherungsgesellschaften gewünscht, anfordern.

5. Unterlagen bitte in PDF-Format

Wichtig: Bitte schicken Sie mir keine einzelnen Seiten zu, sondern fügen Sie diese, wenn Unterlagen gescannt werden, zu einer PDF-Datei zusammen. Ein gutes Tool dazu ist z. B. PDF24.org.

6. Wenn die Dateien zu groß sind, das ist oft der Fall, geben Sie mir Bescheid und ich sende Ihnen einen Up-Load-Link.