

Per Fax an 0221 757-392281

Quick-Check – Fragebogen für eine BU/GF- und zur Risikolebens-Versicherung

Bitte schicken Sie den Fragebogen per Fax an **0221 757-392281** oder per E-Mail an **risikopruefung.leben@devk.de**. Telefonisch erreichen Sie uns unter 0221 757-3016.

Angaben zur zu versichernden Person

Name: _____ Vorname: _____ Geb.datum: _____

- BU (J)
 GF mit Baustein Plus mit Schwere Krankheiten-Zusatzversicherung

gewünschte Jahresrente: _____ Euro gewünscht Versicherungsendalter: _____ Jahre

aktuelles monatliches Bruttoeinkommen: _____ Euro

- Risikolebensversicherung

gewünschte Versicherungssumme: _____ Euro gewünschte Versicherungsdauer: _____ Jahre

Fragen zum Grund der Absicherung:

- Finanzierungs-/Darlehnsabsicherung
 Hinterbliebenenabsicherung
 sonstige Gründe: _____

Fragen zum Berufsbild:

Beruf: _____

Bitte genaue Tätigkeitsbeschreibung: _____

- berufliche Stellung Angestellter Arbeiter Beamter Angestellter im öffentlichen Dienst
 selbstständig seit: _____ Freiberufler seit: _____
 Auszubildender Schüler Student dualer Student

Nur bei Anfrage für BU(J):

Zu wie viel Prozent üben Sie eine Innendiensttätigkeit mit z. B. kaufmännischen Aufgaben oder Büro-, Planungs-, Entwicklungs-, Beratungs- oder Verwaltungsarbeiten aus? _____ %

Wie viele fest angestellte Voll- bzw. Teilzeitmitarbeiter (nicht geringfügig Beschäftigte) führen Sie als Vorgesetzte/r? _____ Mitarbeiter

Wie hoch ist bei Ihrer Tätigkeit der Anteil belastender Einflüsse, z. B. durch körperliche Arbeit, Schicht oder Wechseldienst, Nachtarbeit oder Fahrtätigkeit? _____ %

Bitte geben Sie Ihren höchsten Ausbildungsabschluss an:

- abgeschlossenes Studium an einer staatlich anerkannten Universität, Hoch- oder Fachhochschule
 Abschluss als Techniker/Meister einer staatlich anerkannten Aus- oder Fortbildung in der derzeit ausgeübten Tätigkeit
 Abschluss einer staatlich anerkannten Aus- oder Fortbildung (z. B. IHK-Abschluss, Gesellenbrief) in der derzeit ausgeübten Tätigkeit
 keinen der genannten Abschlüsse

Allgemeine Fragen

- Sind Sie besonderen Gefahren bei Sport oder Hobby ausgesetzt (z. B. Flugrisiko, Luftsport, Rennfahrten, Tauchen, Bergsport, Fun- oder Extremsportarten, Kampfsportarten, Auto- oder Motorradsport)?
 nein ja Falls ja, bitte hier Einzelheiten angeben: _____
- Beabsichtigen Sie innerhalb der **nächsten zwölf Monate länger als drei Monate** in ein Land außerhalb der Europäischen Union (EU), Island, Norwegen, Schweiz, USA oder Kanada zu reisen?
 nein ja Falls ja, bitte hier Einzelheiten angeben: _____

Gesundheitsfragen:

- Bitte geben Sie Ihre derzeitigen Körpermaße an: Körpergröße _____ cm Körpergewicht _____ kg

Die nachstehend in Klammern aufgeführten Erkrankungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sie sind nur Beispiele für mögliche Erkrankungen.

- Bestehen oder bestanden in den **letzten fünf Jahren** bei Ihnen **Krankheiten, Störungen oder Beschwerden**
 - des **Kreislaufs**, des **Herzens**, der **Arterien**, der **Venen** (z. B. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Schlaganfall, Krampfadern, Thrombose)? ja nein
 - der **Atmungsorgane** (z. B. Heuschnupfen, Asthma, chronische Bronchitis, Lungenemphysem)? ja nein
 - an **Speiseröhre, Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber, Milz** (z. B. Magengeschwür, Sodbrennen, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Gallensteine, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Hepatitis)? ja nein
 - der **Nieren, Blase, Prostata, Unterleibsorgane, Brust** (z. B. Steinleiden, Nierenentzündung, Blut oder Eiweiß im Urin, Prostataentzündung oder -vergrößerung)? ja nein
 - des **Stoffwechsels** (z. B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhung, Gicht, Schilddrüsenerkrankung)? ja nein
 - des **Bluts** (z. B. Gerinnungsstörungen, Anämie, Leukämie)? ja nein
 - in Form von **Geschwülsten/Tumoren** (z. B. Darmpolyp, Lymphknotenschwellung, Krebserkrankung)? ja nein
 - des **Immunsystems oder chronische Infektionen/Viruserkrankungen** (z. B. angeborener Immundefekt, Tropenkrankheit, ungeklärte Fieberschübe)? ja nein
 - der **Psyche** (z. B. Angststörungen, Depression, Essstörung, Belastungsreaktion, psychosomatische Beschwerden)? ja nein
 - des **Gehirns oder Nervensystems** (z. B. ärztlich behandelter Schwindel oder Kopfschmerz, Migräne, Epilepsie, Multiple Sklerose, gutartiger oder bösartiger Gehirntumor)? ja nein
 - der **Wirbelsäule** (z. B. ärztlich behandelte Nacken- oder Rückenbeschwerden, Bandscheibenvorfall, Wirbelsäulenverkrümmung, Beinlängendifferenz)? ja nein
 - der **Knochen, Muskeln, Gelenke, Bänder, Sehnen** (z. B. vorzeitige Abnutzung (nicht altersbedingt), Meniskusverletzung, Bänderriss, Sehnenscheidenentzündung, rheumatische Beschwerden, Fibromyalgie)? ja nein
 - der **Haut** (z. B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Allergie)? ja nein
 - der **Ohren** (z. B. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus, ärztlich behandelte Gleichgewichtsstörungen)? ja nein
 - der **Augen** (z. B. Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, Hornhautverkrümmung, Sehstörungen, grüner oder grauer Star, Netzhautablösung)? ja nein

bei Sehhilfe: Bitte geben Sie Ihre Werte ab 6 Dioptrien an:

links _____ rechts _____

Zu den mit „ja“ beantworteten Fragen bitte nachstehend (oder auf einem Extrablatt) nähere Angaben:

Art der Krankheiten, Störungen bzw. Beschwerden?	Wann? Dauer? Folgen?

5. Befinden oder befanden Sie sich innerhalb der **letzten fünf Jahre** in ambulanter Behandlung, Betreuung oder zur Untersuchung bei Ärzten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z. B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeut)?

nein ja Falls ja, wann und aus welchem Grund? Bitte Arzt bzw. Krankenhaus mit Namen und Anschrift angeben.

6. a) Haben in den **letzten zehn Jahren** ambulante oder stationäre Operationen stattgefunden oder sind solche vorgesehen oder angeraten?

nein ja Falls ja, wann und aus welchem Grund? Bitte Arzt bzw. Heilbehandler angeben.

6. b) Wurden Sie in den **letzten zehn Jahren** psychotherapeutisch beraten oder behandelt?

nein ja Falls ja, wann und aus welchem Grund? Bitte Arzt bzw. Heilbehandler angeben.

6. c) Haben in den **letzten zehn Jahren** Krankenhaus-, Kur- oder Reha Aufenthalte stattgefunden bzw. sind solche vorgesehen oder angeraten?

nein ja Falls ja, wann und aus welchem Grund? Bitte Arzt bzw. Krankenhaus mit Namen und Anschrift angeben.

7. Haben Sie innerhalb der **letzten fünf Jahre länger als zwei Wochen** fortlaufend Arzneimittel eingenommen?

nein ja Falls ja, bitte geben Sie den Namen der Arzneimittel an, wann und wie oft eingenommen?

8. Rauchen Sie oder haben Sie in den letzten zwölf Monaten geraucht (Zigaretten, Zigarillos, Zigarren, Pfeifen, Konsum von Nikotin mittels Verwendung elektrischer Verdampfer)?

ja nein

9. a) Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der **letzten zehn Jahre** Betäubungsmittel oder Drogen ein?

ja nein

b) Werden oder wurden Sie innerhalb der **letzten zehn Jahre** wegen den Folgen des Konsums von Alkohol, Betäubungsmitteln oder Drogen beraten oder behandelt?

ja nein

Falls eine der Fragen mit „ja“ beantwortet wird, bitten wir um nähere Angaben, welche und in welchem Zeitraum?

10. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)?

ja nein

Einverständniserklärung:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die hier mitgeteilten Daten und Gesundheitsdaten für eine Annahmeprognose erhoben, gespeichert und genutzt werden dürfen. Die Speicherung bezieht sich nur auf das Aufbewahren der Unterlagen für einen Zeitraum von drei Monaten. Danach werden die Unterlagen bei der DEVK und ggf. auch die vorhandenen Unterlagen bei Ihrem Vertriebspartner unaufgefordert vernichtet.

Datenweitergabe an Rückversicherungen

In einigen Fällen bedienen wir uns bei der Einschätzung der Unterstützung einer Rückversicherung. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die gewünschte Versicherungssumme oder Jahresrente besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko machen kann, ist es möglich, dass wir Ihre Versicherungsvorabanfrage und die damit eingereichten Unterlagen der Rückversicherung vorlegen.

Zu den oben genannten Zwecken werden Ihre Angaben, wie Vor- und Nachname, Ihre Adressdaten und Adressdaten von Dritten, anonymisiert. Ihre für die Einschätzung relevanten Daten werden von der Rückversicherung nur zum Zweck der Versicherungsvorabanfrage verwendet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten - soweit erforderlich - an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die DEVK-Versicherungen tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Unser Service:

Sofern Sie uns diesen Anfragebogen vollständig ausgefüllt einreichen, erhalten Sie (Vertriebspartner) von uns innerhalb von drei Arbeitstagen eine Annahmeprognose. Eine endgültige Entscheidung ist erst möglich, wenn uns ein vollständiger Antrag und eventuell noch weitere erforderliche Unterlagen eingereicht werden.

Datum

RD-Mitarbeiternummer

Telefonnummer Vertriebspartner

Faxnummer Vertriebspartner

E-Mail-Adresse Vertriebspartner