

## RISIKOVORANFRAGE

### Berufsunfähigkeits- und Risikolebensversicherung



Der Datenschutz für Ihre sensiblen Unterlagen liegt uns am Herzen. Bitte laden Sie den Risikovorfragebogen, das Gesundheitsdaten-Beiblatt und evtl. vorhandene ärztliche Unterlagen in **simplr Web** (Digitaler Kundenordner) hoch. Die Zugangsdaten erhalten Sie bei Ihren Berater.

#### Vermittlerdaten

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail

#### Kundendaten

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geschlecht

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
Familienstand

\_\_\_\_\_  
Anzahl Kinder im Haushalt

#### Bestehender Versicherungsschutz

\_\_\_\_\_  
Gesellschaft

\_\_\_\_\_  
Versicherungsbeginn

\_\_\_\_\_  
Versicherungsende

\_\_\_\_\_  
Leistungsdauer bis

\_\_\_\_\_  
BU-Rente (mtl.) bzw. RLV-Absicherungshöhe €

Bleibt die Versicherung bestehen?

Ja

Nein

\_\_\_\_\_  
Zahlbeitrag (Nettobeitrag) €

\_\_\_\_\_  
Tarifbeitrag (Bruttobeitrag) €

\_\_\_\_\_  
Zahlungsweise

#### Gewünschter Versicherungsschutz

\_\_\_\_\_  
Versicherungsbeginn

\_\_\_\_\_  
bis Endalter

\_\_\_\_\_  
gewünschte BU-Rente (mtl.) bzw. RLV-Absicherungshöhe €

#### Angaben zum Beruf

\_\_\_\_\_  
Berufsbezeichnung

\_\_\_\_\_  
Branche, ggf. Studienfachrichtung

\_\_\_\_\_  
Ausbildung als

\_\_\_\_\_  
Akademischer Abschluss als

\_\_\_\_\_  
Arbeitsverhältnis

\_\_\_\_\_  
Beschäftigung

## 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 Reisetätigkeit in %

4. Jahreseinkommen der letzten drei Jahre

20\_\_ :  €  Brutto  Netto      20\_\_ :  €  Brutto  Netto      20\_\_ :  €  Brutto  Netto

## Allgemeine Fragen

5. Sind Sie Raucher?  Ja  Nein

Wenn ja, was genau und wie viel? (Zigaretten, Zigarillos, Pfeife, Shisha, E-Zigaretten, usw.)

Wenn nein, seit wann sind Sie Nichtraucher?

6. Betreiben Sie in Ihrer Freizeit gefährliche Sportarten/ Hobbys?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? (Tauchen, Reiten, Berg-, Motor-oder Kampfsport, etc.)

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

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

Erschwerung?

Aus welchem Grund?

€  
Höhe der Versicherungssumme?

## Gesundheitsfragen

\_\_\_\_\_ cm  
Körpergröße

\_\_\_\_\_ kg  
Körpergewicht

1. Haben innerhalb der letzten 10 Jahre Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte und/oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche ärztlich empfohlen oder beabsichtigt?  Ja  Nein
2. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden, Beeinträchtigungen hinsichtlich:
- 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
- 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-/ Leberfleckenentfernung:  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) 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
- 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) Waren Sie vor mehr als 5 Jahren aber innerhalb von 10 Jahren wegen psychischer Erkrankungen in Behandlung?  Ja  Nein
- v) bestehen angeborene körperliche oder geistige Beeinträchtigungen, Behinderungen oder Störungen?  Ja  Nein
- anerkannte Schwerbehinderung  Grad der Behinderung in % \_\_\_\_\_
- Erwerbsminderung  Minderung des Erwerbs in % \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
- Pflegebedürftigkeit  Pflegegrad \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
- Wehrdienstbescheinigung (WDB)

Mit meiner nachfolgenden Unterschrift stimme ich der Verwendung und Speicherung meiner persönlichen Daten und hier gemachten Angaben im Rahmen der Beratung durch die Finanzberatung Bierl GbR (Versicherungsmakler, Am Anger 4, 93194 Kirchenrohrbach) und deren Mitarbeiter ausdrücklich zu.

Ihre persönlichen Daten werden ausschließlich für die Risikovorfrage und ggf. einer späteren Antragsstellung verwendet.

Sie können diese Zustimmung jederzeit in Textform widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift