

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.) €

Zwei Vertragslösung gewünscht (falls möglich)? Ja Nein Unentschlossen

Weitere Informationen findest Du im [Artikel zur Zwei-Vertragslösung](#)

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 [Hobbys](#) 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)?
 - b) Atmungsorgane, Lunge, Bronchien, Zwerchfell Ja Nein
(z.B. chronische oder wiederholte Bronchitis, Asthma, Atemwegsprobleme, Lungenentzündung, Schlafapnoe)?
 - c) Verdauungsorgane, Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber Ja Nein
(z.B. Magengeschwür, erhöhte Leberwerte, Fettleber, Sodbrennen, Verdauungsstörungen)?
 - 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 Finanzberatung Bierl GbR und deren Mitarbeiter ausdrücklich zu. Du kannst dieser Zustimmung jederzeit in Textform widersprechen.

 Ort, Datum

 Unterschrift

Dokumentenupload in unser Kundencloudsystem simplr

Registrierung in simplr

Falls noch nicht geschehen – Bitte melde Dich auf unserer Website unter [Neukundenregistrierung](#) an und ergänze anschließend fehlende Stammdaten, Du kannst dort auch schon bestehende Verträge von Dir anlegen, die wir überprüfen sollen. [Die gewünschte Vorgehensweise zur Registrierung in der Kundencloud haben wir Dir hier auch wieder umfangreich niedergeschrieben.](#)

Was mache ich nun mit meinen Dokumenten?

Schick uns diese bitte **nicht** per Mail, sondern lade sie direkt in simplr hoch. Bitte füll auch die Vorab-Datenschutzerklärung aus, damit wir mit Deinen sensiblen Gesundheitsdaten auch arbeiten dürfen – in Zeiten der Datenschutzgrundverordnung benötigen wir hier Dein Einverständnis. Oder Du unterzeichnest gleich in simplr die “Aktivierung”, hier ist die Datenschutzerklärung bereits inkludiert.

Bitte denk an alle Unterlagen (falls vorhanden) und beschrifte diese auch wie folgt:

- Risikovorfrageformular
- Gesundheitsdaten Beiblatt
- Eigenerklärung Beruf
- Eigenerklärung Hobbys
- Eigenerklärung Vorerkrankungen
- Attest Facharzt Mai 2022
- Befundbericht Krankenhausaufenthalt März 2020
- Vorab-Datenschutzerklärung (Alternativ in simplr die “Aktivierung” unterschreiben)

Bitte lade auch keine einzelnen Seiten des z. B. Voranfrageformular hoch, sondern füge (wenn Du Unterlagen scannst) diese zu einer PDF-Datei zusammen (Ein gutes Tool dazu ist z. B. PDF24.org)

Deinen Namen musst Du auch nicht zufügen bei den Uploads. Die Dokumente werden automatisch Deinem Account zugeordnet. Es können nur PDF-Dateien hochgeladen werden – keine Word Datei. Wandle bitte das Gesundheitsdaten Beiblatt als PDF-Datei um.

Was passiert anschließend?

Hast Du etwas hochgeladen in simplr, werden wir automatisch benachrichtigt. Wir prüfen dann Deine Dokumente und geben Dir Feedback, ob alles passt, oder ob wir noch weitere Infos oder Dokumente benötigen. Haben wir alles, was wir brauchen, fügen wir das Ganze zu einem PDF zusammen und schwärzen die persönlichen Daten von Dir raus (musst Du also nicht erledigen). Anschließend leiten wir die anonymen Risikovorfragen bei den Versicherungen ein.

Nochmal die wissenswertesten Artikel zur BU

1. [Vorgehensweise zur Berufsunfähigkeitsversicherung](#)
2. [So läuft eine anonyme Risikovorfrage ab](#)
3. [Praxisbeispiele zu den ärztlichen Attesten](#)
4. [Voreinschätzungen zu gefährlichen Hobbys](#)
5. [Gesundheitsdaten Beiblatt & Eigenerklärung](#)
6. [Praxistipps für Falschabrechnungen in der Krankenakte](#)
7. [Brauchst Du eine Zwei-Vertragslösung in der BU?](#)
8. [Warum wir nicht bei 10 Gesellschaften anfragen?](#)
9. [Sonderaktionen mit vereinfachten Gesundheitsfragen in der BU](#)