

BU-Risikovorfrage (Formblatt zum Einreichen bei der Gesellschaft)

Maklerdaten

Antwort zu der BU-Risikovorfrage an:

Name:

Mail:

Dr. Schlemann Consulting Group

Dr. Berndt Schlemann - Finanzplaner
 Ernastr. 31, D-51069 Köln
 Fon: +49 221 68 80 40
 Fax: +49 221 68 80 81
 info@schlemann.com
 www.schlemann.com

Kundendaten

Zu versichernde Person:

Name: _____

Anschrift: _____

Beruf: _____

Geburtsdatum: _____

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Gewünschte BU-Rente: _____ EUR

Endalter: _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Angestellter | <input type="checkbox"/> Student |
| <input type="checkbox"/> Beamter | <input type="checkbox"/> Schüler |
| <input type="checkbox"/> Beamter auf Widerruf/Probe | <input type="checkbox"/> Auszubildender |
| <input type="checkbox"/> Selbständiger/Freiberufler | <input type="checkbox"/> Hausfrau |

Allgemeine Angaben

Allgemeine Fragen BU-Voranfrage:

Raucher (Konsum von Tabak in den letzten 12 Monaten): ja nein

Betreibt Ihr Kunde in seiner Freizeit gefährliche Sportarten/Hobbies?
 (z. B. Tauchen, Reiten, Flugsport, Motorsport, Bergsport, Kampfsport, Wassersport) ja nein

Wenn ja, bitte unbedingt Zusatzfragebogen des Risikos beifügen!

Ist in den nächsten 12 Monaten ein Auslandsaufenthalt von mehr als 3 Monaten im außereuropäischen Ausland geplant? (bei Generali nicht relevant) ja nein

Wenn ja, wohin und wie lange? _____

Gesundheitsangaben

Gesundheitsfragen BU-Voranfrage:

1. Sind oder waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre in ambulanter Behandlung von Ärzten, Heilpraktikern, Therapeuten? (auch Krankengymnasten) ja nein

2. Sind oder waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre* in psychologischer Behandlung?
 * 10 Jahre bei Continentale, HDI Gerling, Helvetia, LV1871, Volkswohl Bund, WWK ja nein

3. Haben in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche derzeit ärztlich empfohlen oder beabsichtigt?
 * 5 Jahre bei Condor, Continentale, Generali, Nürnberger, Stuttgarter ja nein

BU-Risikovorfrage (Formblatt zum Einreichen bei der Gesellschaft)

Gesundheits-
angaben

Gesundheitsfragen BU-Voranfrage:

4. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren* bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden:
*in den letzten 10 Jahren bei Gothaer Fragen a) - k)
- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| a) des Herzens , des Kreislaufs, der Arterien, oder der Venen (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Arterienverkalkung, Herzklappenfehler, Rhythmusstörung, Schlaganfall, Durchblutungsstörung, Thrombose, Krampfadern, Venenleiden)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| b) der Atmungsorgane, Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z.B. chronische Bronchitis, Asthma, Atemwegsprobleme, Lungenentzündung, Tuberkulose, Emphysem, Schlafapnoe)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| c) der Verdauungsorgane, Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber (z.B. Magengeschwür, erhöhte Leberwerte, Fettleber, Sodbrennen, wiederkehrende Durchfälle/Verdauungsstörungen, Speiseröhrenvarizen, oder -entzündung)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| d) an Harn- und Geschlechtsorganen (z.B. Nieren, Blase, Prostata, Unterleib, Brust, Eierstöcke, Gebärmutter, Zysten)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| e) des Stoffwechsels und Drüsen (z.B. Diabetes, Blutfetterhöhung, Gicht, Harnsäureerhöhung, Cholesterinerhöhung, Triglyceriderhöhung, Funktionsstörung der Schilddrüse)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| f) des Blutes, der Milz (z.B. Anämie, Leukämie, Duchblutungsstörung, Blutgerinnungsstörung, Hämorrhiden)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| g) akute oder chronische Infektionen (z.B. Malaria, Hepatitis, Borreliose, Gürtelrose, Pfeiffersches Drüsenfieber)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| h) des Gehirns, Nervensystems, Rückenmarks (z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Migräne, Bewusstseinsverlust, Parkinson-/Alzheimer-Krankheit, Lähmungen, Nerventzündung)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| i) der Psyche (z.B. Angststörung, Erschöpfungssyndrom und psychosomatische Störung, Burn-Out-Syndrom, Depression, Essstörung, Suizidversuch, chronische Müdigkeit, Magersucht, Nervenzusammenbruch, Schizophrenie, Hyperaktivität)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| j) der Wirbelsäule, Bandscheibe, des Rückens (z.B. Hexenschuss, Ischias, Bandscheibenvorfall, WS-Syndrom, Wirbelsäulenverkrümmung, Rückenschmerzen, Verspannungen)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| k) der Knochen, Gelenke, Bänder, Sehnen (z.B. Gelenkverschleiß, Arthrose, Knochenbrüche, rheumatische Beschwerden, Meniskusschaden, Bänderrisse, Sehnnenscheiden-, oder Schleimbeutelentzündung, Muskelschwund)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| l) der Haut, Allergien (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, (Kontakt-)Ekzem, Schuppenflechte, Lebensmittelallergie)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| m) der Augen (z.B. Sehstörung, Fehlsichtigkeit, mehr als 6 Dioptrien, erhöhter Augendruck, grauer/grüner Star, Netzhautablösung, Laserbehandlung)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| n) der Ohren (z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen, Schwindel)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
5. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt? ja nein
6. Wurde in den letzten 5 Jahren* eine Tumorerkrankung festgestellt ? (Krebs, Tumore, Zysten, Geschwülste)
*10 Jahren bei Continentale, Helvetia, WWK, Zurich ja nein
7. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 10 Jahre* Betäubungsmittel, Drogen oder Alkohol ein, oder wurden Sie wegen der Folgen des Konsums von Alkohol, Betäubungsmittel oder Drogen beraten oder behandelt?
*5 Jahre bei Alte Leipziger, AXA, Condor, Dialog, Generali, Hanse Merkur, Nürnberger, Stuttgarter, Volkswohl Bund ja nein
8. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren* in festen zeitlichen Abständen (z.B. täglich, monatlich oder viertel-jährlich) apothekenpflichtige Arzneimittel zu sich?
*1 Jahr bei Nürnberger; 2 Jahren bei Condor und Württembergische; 10 Jahre bei Continentale;
nicht gefragt bei AXA, Gothaer, Hanse Merkur, Helvetia, Zurich ja nein
9. Bestehen angeborene körperliche oder geistige Beeinträchtigungen, Behinderungen oder Störungen? ja nein
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> anerkannte Schwerbehinderung | <input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung |
| <input type="checkbox"/> Erwerbsminderung | <input type="checkbox"/> Pflegebedürftigkeit |

Notizen:

Frage	Diagnose, Beschwerden, evtl. Folgen	Wann, wie oft, wie lange?	Behandlung / Medikation	beschwerdefrei seit