

Dr. Schlemann unabhängige Finanzberatung e.K.

Dr. Berndt Schlemann, unabhängiger Finanzberater
Ernastr. 31, D-51069 Köln

Telefon: 0221 68 80 40 | Telefax: 0221 68 80 81
info@schlemann.com | www.schlemann.com

BU-Risikovorfrage (Formblatt zum Einreichen bei der Gesellschaft)

Maklerdaten

Antwort zu der BU-Risikovorfrage an:

Dr. Schlemann unabhängige Finanzberatung e.K.

Dr. Berndt Schlemann, unabhängiger Finanzberater
Ernastr. 31, D-51069 Köln

Telefon: 0221 68 80 40 | Telefax: 0221 68 80 81
info@schlemann.com | www.schlemann.com

Name:

Mail:

Kundendaten

Zu versichernde Person:

Name: _____

Anschrift: _____

Beruf: _____

Geburtsdatum: _____

Größe: _____

cm

Gewicht: _____

kg

Gewünschte

BU-Rente: _____

EUR

Endalter: _____

Student

Schüler

Auszubildender

Selbständiger/Freiberufler

Angestellter

Beamter auf Probe/Widerruf

Beamter auf Lebenszeit

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? _____

Gesundheits-
angaben

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?

ja nein

* 5 Jahre bei Condor, Continentale, Generali, Nürnberger, Stuttgarter, WWK

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:

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, 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 Gothaer und 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

Datenschutzerklärung

Anlage 3 zum Maklerauftrag vom

Zwischen: (im folgenden „Kunde“)

und Dr. Berndt Schlemann, Ernastr. 31, 51069 Köln (im folgenden „Makler“)

§ 1 Präambel

Der Kunde wünscht die Vermittlung und/oder Verwaltung seiner Vertragsverhältnisse gegenüber Versicherern und/oder Kapitalanlagegesellschaften sowie Bausparkassen durch den Makler aufgrund eines Maklerauftrags. Zu deren Umsetzung, insbesondere der Vertragsvermittlung und –verwaltung, soll der Makler alle dafür relevanten Daten des Kunden erhalten, speichern und weitergeben dürfen.

§ 2 Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Der Kunde willigt ein, dass seine personenbezogenen Daten, einschließlich Gesundheitsdaten der zu versichernden Personen, unter Beachtung des BDSG vom Makler verwendet und an mit der Vermittlung und Betreuung befasste Personen und Unternehmen, insbesondere Versicherungsgesellschaften und Servicegesellschaften i.S.v. § 8, weitergegeben werden, soweit dies zur Erfüllung der Vereinbarung gemäß Präambel sachdienlich ist.

Dies gilt auch für die Übermittlung personenbezogener Daten (Name, Anschrift Geburtsdatum) durch Makler, Versicherungsgesellschaften oder Servicegesellschaften i.S.v. § 8 an die SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden oder die InFoScore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden zur Einholung und Nutzung von Bonitätsauskünften im Rahmen der finanziellen Risikoprüfung bei Vertragsabschluss.

Der Makler darf die Kundendaten, insbesondere auch die Gesundheitsdaten des Kunden, zur Einholung von Stellungnahmen und Gutachten, sowie zur Erteilung von Untervollmachten und der rechtlichen Prüfung von Ansprüchen weitergeben an von Berufswegen zur Verschwiegenheit verpflichtete Personen (z. B. Anwälte, Steuerberater, Wirtschaftsprüfer) und Servicegesellschaften i.S.v. § 8.

Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des beantragten Vertrages und auch für die entsprechende Prüfung bei anderweitig zu beantragenden Versicherungsverträgen oder bei künftigen Antragstellungen des Kunden. Die Kundendaten werden nach Kündigung der Zusammenarbeit im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen gelöscht.

§ 3 Befugnis potentieller Vertragspartner/ Produktgeber und von Servicegesellschaften

Dem Kunden ist bewusst, dass sämtliche Informationen und Daten, welche für den von ihm gewünschten Versicherungsschutz von Bedeutung sein können, an potenzielle Vertragspartner/Produktgeber und Servicegesellschaften i.S.v. § 8 weitergegeben werden müssen. Diese sind zur ordnungsgemäßen Prüfung und Erstellung von Vertragsangeboten berechtigt, die vertragsrelevanten Daten – insbesondere auch die Gesundheitsdaten – im Rahmen des Zwecks der Vertragsanbahnung zu speichern und zu verwenden. Soweit es für die Eingehung und Vertragsverlängerung erforderlich ist, dürfen diese Daten, einschließlich der Gesundheitsdaten, an Rückversicherer oder Mitversicherer zur Beurteilung des vertraglichen Risikos übermittelt werden. Entschließt sich der Kunde zum Abschluss eines Versicherungsvertrages, so gelten bezüglich der Erhebung, Speicherung und Nutzung seiner Daten gegenüber dem Versicherer ausschließlich die Bestimmungen des Versicherungsvertrages und -antrages inkl. der darin enthaltenen Datenschutzregelungen.

§ 4 Bestehende Verträge

Der Kunde weist seine bestehenden Vertragspartner (z.B. Versicherer) an, sämtliche vertragsbezogenen Daten – auch die Gesundheitsdaten – an den beauftragten Makler und an von diesem beauftragte Servicegesellschaften i.S.v. § 8 insbesondere zum Zwecke der Überprüfung und Übertragung bestehender Verträge herauszugeben.

§ 5 Widerruf

Die **Einwilligung** zur Verwendung, Speicherung und Weitergabe aller gesammelten und vorhandenen Daten – einschließlich der Gesundheitsdaten – **kann durch den Kunden jederzeit widerrufen werden**. Die an der Vertragsvermittlung und/oder -verwaltung beteiligten Unternehmen werden sofort über den Widerruf informiert und verpflichtet, unverzüglich die Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) umzusetzen. Führt der Widerruf dazu, dass der in der Präambel geregelte Vertragszweck nicht erfüllt werden kann, endet automatisch die vereinbarte Verpflichtung des Maklers gegenüber der den Widerruf erklärenden Person.

§ 6 Maklerwechsel / Rechtsnachfolge

Der Kunde willigt ein, dass die von dem Makler aufgrund der vorliegenden Datenschutzerklärung erhobenen, verarbeiteten und gespeicherten Informationen, Daten und Unterlagen, insbesondere auch Gesundheitsdaten, Vertrags- und Leistungsdaten, z.B. bei einer ganzen oder teilweisen Übertragung des Geschäftsbetriebs des Maklers an einen etwaigen Rechtsnachfolger des Maklers weitergegeben werden, damit auch dieser seine vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen als Rechtsnachfolger des Maklers erfüllen kann. Der Makler wird den Kunden darüber rechtzeitig informieren, der Kunde ist berechtigt, der Datenübermittlung zu widersprechen.

§ 7 Serviceklausel

Der Kunde willigt ein, dass seine personenbezogenen Daten – einschließlich der Gesundheitsdaten - verwendet werden dürfen, damit er von dem Makler mittels sämtlicher Medien (z.B. Brief, Telefon, Fax, E-Mail) weiterführend auch in anderen oder neuen Produktparten angesprochen, informiert und über weitere Produktvorschläge beraten werden kann.

§ 8 Makler und Servicegesellschaften (z.B. Maklerpools)

Den vom Makler beauftragten Servicegesellschaften (z.B. Maklerpools wie die Fonds Finanz Maklerservice GmbH, Riesstraße 25, 80992 München, die Invers GmbH, Sportplatzweg 15, 04178 Leipzig, die impuls Finanzmanagement AG, Dieselstr. 42, 86368 Gersthofen und deren verbundene Unternehmen i.S.v. § 15 AktG) wird ebenfalls die Einwilligung zur Datenspeicherung und Verwendung – insbesondere auch der Gesundheitsdaten – nach Maßgabe dieser Datenschutzerklärung erteilt. Der Zweck dieser Kooperation besteht darin, dem Kunden eine umfassendere Angebotsauswahl zu ermöglichen sowie die Vertragsverwaltung und Abrechnung besser zu gewährleisten.

Datum _____ **Unterschrift** (Kunde), Köln bzw. Wohnort _____ Unterschrift Makler Dr. Berndt Schlemann, Köln