

Beratungsthema:

- Berufsunfähigkeit Erwerbsunfähigkeit Risikoleben Dread Disease Grundfähigkeit

Vermittlerdaten:

**Dr. Schlemann unabhängige Finanzberatung
GmbH & Co. KG**
Dr. Berndt Schlemann | Geschäftsführer
Ernastr. 31 | D-51069 Köln
Telefon: 0221 68 80 40 | Telefax: 0221 68 80 81
info@schlemann.com | www.schlemann.com

Kundendaten | Zu versichernde Person: Männlich Weiblich

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

Anschrift	Staatsangehörigkeit
-----------	---------------------

Gewünschte Versicherungssumme / monatliche Rente	Berufliche Tätigkeit
--	----------------------

Letztes Bruttojahreseinkommen / Gewinn vor Steuern	Endalter
--	----------

- Student Schüler Selbständiger / Freiberufler Angestellter Arbeitssuchend
 Beamter auf Probe / Widerruf Auszubildender Beamter auf Lebenszeit Hausfrau

Allgemeine Fragen

Haben Sie in den letzten 12 Monaten Tabak unter Feuer (z.B. Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen) oder Nikotin mittels Verwendung elektrischer Verdampfer (z.B. E-Zigarette, E-Zigarre, E-Pfeife) konsumiert?

Nicht angeben bei Münchener Verein

- Ja Nein

Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Anträge auf Lebensversicherung mit Erschwerungen (z.B. Zuschläge, Leistungsausschlüsse) angenommen, zurückgestellt, abgelehnt oder beurteilt?

Nicht angeben bei Allianz, AXA/DBV, Barmenia, Basler, Bayerische, Gothaer, Hannoversche, Inter, Münchener Verein, Universa, VPV, Württembergische

- Ja Nein

Wenn ja, Art der Versicherung? Grund? Zeitpunkt? Name der Gesellschaft?

--

Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt?

a) Im Beruf (z.B. Umgang mit Sprengstoff, radioaktiven Substanzen oder Chemikalien, Militär, Aufenthalte in Krisengebieten, Sondereinheiten)

- Ja Nein

Art der Gefahren:

--

b) In der Freizeit (z.B. Wasser-/ Tauchsport, Kampfsport, Berg-/ Klettersport, Motorsport, Flugsport aller Art, Pferdesport, Radsport, Teilnahme an Wettfahrten, Extremsport)

- Ja Nein

Art der Gefahren:

--

Beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate* Aufenthalte von mehr als 3 Monaten** außerhalb Europas?

* 6 Monate bei Stuttgarter, Swiss Life; 24 Monate bei Volkswohlbund

** 6 Monate bei Allianz, Basler, Canada Life, Hannoversche, WWK; 6 Wochen bei LV 1871, Stuttgarter; 4 Wochen bei Inter; keine Frist bei InterRisk

- Ja Nein

Wenn ja, wohin, wann und wie lange?

--

Bitte den Fragebogen Auslandsaufenthalte beifügen.

Allgemeine Fragen

Bestehen für Sie bereits Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Dread Disease-Versicherungen oder sind solche beantragt?

Ja Nein

Wenn ja, Art der Versicherung, Gesellschaft, Höhe:

Wird der Vertrag bei Annahme im Gegenzug aufgehoben? Ja Nein

Gesundheitsfragen

1. Wie sind Ihre derzeitigen Körpermaße?

Größe in cm	Gewicht in kg
-------------	---------------

2. Haben in den letzten 10 Jahren* stationäre Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder ambulante Operationen** stattgefunden oder sind solche derzeit ärztlich empfohlen oder beabsichtigt?

*10 Jahre nach beraten, behandelt oder untersucht bei Allianz, Basler, Bayerische, Helvetia, Münchener Verein, Württembergische

** 5 Jahre stationär bei Continentale, Nürnberger, WWK

** 5 Jahre ambulant bei Condor, Continentale, Gothaer, Signal Iduna, Stuttgarter, Württembergische, WWK

** keine Frage nach ambulanten Operationen bei Alte Leipziger, AXA/DBV, Barmenia, Continentale, Hannoversche, HDI, InterRisk, LV 1871, Nürnberger

Ja Nein

3. Bei Allianz, AXA/DBV, Canada Life, Condor, Dialog, Hannoversche, HDI, Helvetia, LV1871, Münchener Verein, Swiss Life, VOLKSWOHL BUND, Württembergische, WWK, Zurich Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren wegen Krankheiten oder Beschwerden bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten in Beratung, Behandlung oder Untersuchung

Bei Alte Leipziger, Barmenia, Basler, Bayerische, Continentale, ERGO, Gothaer, Inter, InterRisk, Nürnberger, Signal Iduna, Stuttgarter, Universa, VPV, Zurich Life

Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Störungen oder Beschwerden

- a.** des Herzens, des Kreislaufs oder der Gefäße (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Arterienverkalkung, Schlaganfall Herzklappenfehler, Rhythmusstörung, Durchblutungsstörung, Lymphödem, Thrombose, Krampfadern, Venenleiden)? Ja Nein
- b.** der Atmungsorgane, Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z.B. chronische Bronchitis, Asthma, Atemwegsprobleme, Lungenentzündung, Emphysem, Schlafapnoe)? Ja Nein
- c.** der Verdauungsorgane, Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber (z.B. Magengeschwür, Sodbrennen, Fettleber erhöhte Leberwerte, wiederkehrende Durchfälle, Verdauungsstörungen, Darmentzündung, Speiseröhrenvarizen)? Ja Nein
- d.** an Nieren, Harnwege, Blase, Prostata, Unterleibsorgane und Brust (z.B. Eiweiß o. Blut im Urin, Steinleiden, Zysten)? Ja Nein
- e.** des Stoffwechsels und Hormonhaushalt (z.B. Diabetes, Gicht, Harnsäurerhöhung, Blutfetterhöhung Cholesterinerhöhung, Triglyceriderhöhung, Funktionsstörung der Schilddrüse)? Ja Nein
- f.** des Blutes, der Milz (z.B. Anämie, Leukämie, Gerinnungsstörung, Bluterkrankheit)? Ja Nein
*10 Jahre Continentale
- g.** akute oder chronische Infektionen (z.B. Malaria, Hepatitis, Borreliose, Tuberkulose, Gürtelrose)? Ja Nein
- h.** des Gehirns, Nervensystems, Rückenmarks (z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Migräne, Bewusstseinsverlust, Parkinson, Alzheimer, Lähmungen, Nerventzündung)? Ja Nein
- i.** der Psyche (z.B. Angststörung, Erschöpfungssyndrom, psychosomatische Störung, Burnout-Syndrom, Depression, Essstörung, Suizidversuch, chronische Müdigkeit, Magersucht, Nervenzusammenbruch, Schizophrenie, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom)? Ja Nein
*10 Jahre Condor, Continentale, ERGO, Inter, VOLKSWOHL BUND, VPV, WWK, Zurich
- j.** des Rückens, der Wirbelsäule und Bandscheibe (z.B. Hexenschuss, Ischias, Bandscheibenvorfall, WS-Syndrom, Wirbelsäulenverkrümmung, Rücken-/Nackenschmerzen, Verspannungen)? Ja Nein
- k.** der Knochen, Gelenke, Bänder, Sehnen (z.B. Gelenkverschleiß, Arthrose, Knochenbrüche, rheumatische Beschwerden, Meniskusverletzung, Bänderrisse, Sehnencheiden- oder Schleimbeutelentzündung, Muskelschwund)? Ja Nein
- l.** der Haut, Allergien (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Kontaktekzem, Schuppenflechte, Lebensmittelallergie)? Ja Nein
- m.** der Augen (z.B. Sehstörung, Fehlsichtigkeit mit Dioptrienwerten, erhöhter Augeninnendruck, grüner oder grauer Star, Netzhautablösung, Laserbehandlung)? Ja Nein
- n.** der Ohren (z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Gleichgewichtsstörung, Schwindel)? Ja Nein

Gesundheitsfragen

4. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV Infektion festgestellt? 5 Jahre bei die Bayersiche, Canada Life, WWK Ja Nein

5. Wurde in den letzten 5 Jahren* eine Tumorerkrankung festgestellt? (Krebs, Tumore, Zysten, Geschwülste)
*unbefristet bei bösartigen Tumoren bei Allianz, Alte Leipziger, HDI, LV1871, Nürnberger; 10 Jahre bei Condor, Continentale, Helvetia, Zurich Ja Nein

6. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 10 Jahre* Betäubungsmittel oder Drogen ein oder wurden Sie wegen Folgen des Konsums von Alkohol, Betäubungsmittel oder Drogen beraten oder behandelt?
*5 Jahre bei Alte Leipziger, AXA/DBV, Basler, Dialog, Gothaer, Hannoversche, HDI, Inter Risk, LV1871, Münchener Verein, Nürnberger, Universa, VOLKSWOHL BUND, WWK Ja Nein

7. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren* in festen zeitlichen Abständen (z.B. täglich, monatlich oder vierteljährlich) Medikamente zu sich?
*1 Jahr bei Basler, Signal Iduna, Nürnberger; 2 Jahre bei Münchener Verein, Württembergische; 3 Jahre bei HDI; aktuell bei Allianz, Barmenia, Condor, VPV; nicht gefragt bei AXA/DBV, Canada Life, Gothaer Ja Nein

8. Bestehen (auch angeborene) körperliche oder geistige Beeinträchtigungen, Behinderungen oder Störungen? Ja Nein

- Anerkannte Schwerbehinderung (GdB) Wehrdienstbeschädigung (WDB)
- Erwerbsminderung (MdE) Pflegebedürftigkeit

! WICHTIG: Für Details bitte nur <https://schlemann.com/Beiblatt-Gesundheitsfragen> verwenden! 

Notizen

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

! WICHTIG: Bearbeitung nur mit vollständiger <https://schlemann.com/datenschutzerklaerung>! 

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person