

Vorgangsnummer
E-Mail

Bearbeiter
Telefon-Nr.

Risiko-Voranfrage

- Risikolebensversicherung
- Berufsunfähigkeitsversicherung**
- beide

✓ bitte zutreffendes ankreuzen

Wir sind für Sie da!

Unsere Versicherungsexperten beantworten gerne Ihre Fragen – ob per Telefon, Live-Chat, Online-Forum oder E-Mail. 069 365 065 310* | info@communitylife.de | www.communitylife.de

Montags bis freitags 8 – 20 Uhr, samstags 10 – 18.30 Uhr * Anruf zum Festnetz-Verbindungspreis deines Anbieters.

Gewünschte Versicherungssumme in € bei Risikolebensversicherung
Gewünschte monatliche Berufsunfähigkeitsrente in € bei Berufsunfähigkeitsversicherung

Gewünschte Versicherungslaufzeit / bei BU Endalter
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Geschlecht männlich weiblich

Welchen Beruf üben Sie aus?

Bitte gebe uns hier eine genaue Berufsbezeichnung an. Bitte vermeide typische Tätigkeits- oder Erwerbsmerkmale wie Angestellter oder Geschäftsführer. Wenn Du genau deine Berufsbezeichnung mitteilst, verstehen wir besser, wie deine Berufsgestaltung aussieht. Damit kannst du Rückfragen vermeiden.

Welchen Berufsstatus haben Sie? Angestellter Selbstständig Beamter Soldat
 Hausfrau/Hausmann Auszubildender Schüler/Student Arbeitsloser

Größe in cm **Gewicht** in Kg

Haben Sie gefährliche Hobbies? Falls ja, welche?

(sehen Sie bitte „Weiterführende Fragen – Freizeitaktivitäten“)

Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

In welchem Land haben Sie ihren Hauptwohnsitz?

Ist ein außereuropäischer Auslandsaufenthalt von mehr als 4 Wochen geplant? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein, Falls ja, wieviele Zigaretten täglich?

(Sie gelten als Nichtraucher, wenn Sie in den letzten 12 Monaten nicht geraucht haben (Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, aber auch Pfeifen oder Shishas).

ANGABEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND

(BITTE NUR AUSFÜLLEN, FALLS ZUTREFFEND!)

Bestehen bei Ihnen

- a) chronische (dauerhafte) Erkrankungen
- b) Infektionen (z.B. Hepatitis, HIV)
- c) Folgen von Unfällen, Verletzungen, Krankheiten oder Operationen
- d) oder liegt eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor?

Ja Nein

Bitte nennen Sie hier den Namen der Erkrankung/en:

Waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre aufgrund der gleichen Erkrankung oder Gesundheitsstörung

a) länger als 4 Wochen oder

b) öfter als 4mal

in medizinischer Behandlung oder zur Kontrolluntersuchung?

Ja Nein

Bitte nennen Sie hier den Namen der Erkrankung/en:

Haben Sie innerhalb der letzten 5 Jahre regelmäßig verschreibungspflichtige Medikamente eingenommen?

Unter regelmäßig verstehen wir die Einnahme von mehr als 4 Wochen hinweg. Die Einnahme von Verhütungsmitteln meinen wir damit natürlich nicht. Du musst auch nicht Medikamente angeben, die wegen einer kurz anhaltenden Grippe oder Erkältung (über wenige Tage) erforderlich waren.

Ja Nein

Falls ja, aufgrund von welcher Erkrankung/en nehmen Sie die Medikamente ein:

Ja Nein

Falls ja, bitte machen Sie nähere Angaben (Bitte nennen Sie den Namen der Erkrankung)



Haben Sie sich innerhalb der letzten 10 Jahre

- a) Operationen
 - b) Krankenhaus- oder Kuraufenthalten
 - c) Entzugsbehandlungen
 - d) Rehamaßnahmen
 - e) Nachsorgeuntersuchungen
- unterzogen?**

Falls ja, bitte machen Sie nähere Angaben (Wann, wo, wie lange und warum?)

Wurden bei Ihnen innerhalb der letzten 5 Jahre im Rahmen von medizinischen Untersuchungen

- a) behandlungs- oder kontrollbedürftige Befunde festgestellt oder
- b) stehen Befunde aus bereits durchgeführten derartigen Untersuchungen noch aus?

Mit medizinischen Untersuchungen meinen wir u.a. Labor, Sonographie (Ultraschall), Blutdruckmessung, EKG, bildgebende Verfahren, wie Röntgen, CT, Kernspin, Szintigraphie etc.

Ja Nein

Falls ja, Bitte nennen Sie hier den Namen der Erkrankung/en:

Bitte die folgenden beiden Fragen zusätzlich nur bei einer gewünschten Berufsunfähigkeitsversicherung beantworten

Bestanden innerhalb der letzten 5 Jahre oder bestehen derzeit Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen des Bewegungsapparates?

Damit meinen wir z.B. Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Bänderriss, Meniskusverletzung, Knochenbrüche, Arthrose, Gelenkschmerzen / Arthritis, Hüftgelenkdysplasie).

Ja Nein

Falls ja, bitte nennen Sie hier den Namen der Erkrankung/en:

Bestanden innerhalb der letzten 5 Jahre oder bestehen derzeit Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen

- a) der Psyche
- b) des Gehirns
- c) des Nervensystems?

Damit meinen wir z.B. Angststörung, Depression, Essstörungen, psychosomatische Störungen, Epilepsie, Krämpfe, Ohnmacht, Lähmung, Schwindel, Migräne, Nachlassen der Leistungsfähigkeit.

Ja Nein

Falls ja, bitte nennen Sie hier den Namen der Erkrankung/en:

WEITERFÜHRENDE FRAGEN – EINKOMMEN UND VORVERSICHERUNGEN

Wie hoch war Ihr Bruttoeinkommen im letzten Jahr, in €?

Wie hoch war Ihr durchschnittliches jährliches Brutto-Arbeits-Einkommen der letzten 3 Jahre, in €?

Sind Sie Berufsanfänger?

Ja Nein

Haben Sie bereits Versicherungsschutz für den Todesfall, die Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit?

Ja Nein

Versicherungssumme (BU-Rente p.a.) in €:

Art der Versicherung: Lebensversicherung Berufsunfähigkeitsversicherung

Erwerbsunfähigkeitsversicherung Andere

Soll(en) die(sie) Vorversicherung(en) bestehen bleiben?

Ja Nein

WEITERFÜHRENDE FRAGEN – ANDERE STAATSANGEHÖRIGKEIT

(Bitte nur ausfüllen, falls zutreffend!)

Welche Staatsangehörigkeit besitzen Sie?

In welchem Land haben Sie Ihren Hauptwohnsitz?

Seit wann halten Sie sich bereits in Deutschland auf?

Besteht eine unbegrenzte Aufenthaltsgenehmigung?

Ja Nein

Falls nein, Aufenthaltstitel gültig bis:

WEITERFÜHRENDE FRAGEN – AUSLANDSAUFENTHALT

(Bitte nur ausfüllen, falls zutreffend!)

Planen Sie außereuropäische Auslandsaufenthalte von mehr als 4 Wochen am Stück

Ja Nein

von (TT.MM.JJJJ)

bis (TT.MM.JJJJ)

Bitte nennen Sie das Land

und wie viele Monate Sie voraussichtlich in diesem Land verbringen werden?

Was ist der Grund für den Auslandsaufenthalt? Bitte machen Sie nähere Angaben

(z. B. privat, beruflich?)

Haben Sie die Absicht, sich vorwiegend in Großstädten/Zentren aufzuhalten?

Ja Nein

Ist die medizinische Versorgung während des Aufenthaltes gewährleistet?

Ja Nein

Fanden in den letzten 5 Jahren bereits außereuropäische Auslandsaufenthalte von mehr als 4 Wochen am Stück statt?

Ja Nein

Falls ja, machen Sie hierzu bitte Erläuterungen:

Waren dort medizinische Behandlungen erforderlich?

Ja Nein

Falls ja, machen Sie hierzu bitte Erläuterungen:

WEITERFÜHRENDE FRAGEN – MEDIZINISCH

(Bitte nur ausfüllen, falls zutreffend! Sollte kein Fragebogen passend sein, bitte „Sonstige Erkrankungen“ verwenden!)

Allergische Erkrankungen

Bitte wählen Sie sämtliche zutreffenden Kategorien aus:

Heuschnupfen

Arzneimittelallergie

Insektengiftallergie

Sonstige Allergie (Hausstaub, Tierhaare, etc.):

Gegen welche Stoffe sind Sie allergisch?

Hatten Sie dadurch Atembeschwerden?

Ja Nein

Hatten Sie dadurch Schockzustände?

Ja Nein

Hatten Sie Veränderungen des Blutbildes?

Ja Nein

Haben Sie auch andere Erkrankungen der Atmungsorgane? Welche? (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, COPD)

Bestehen Hautprobleme? Welche Körperstellen?

Sind sie bei Ihrem Beruf dem Allergen/den Allergenen ausgesetzt?

Ja Nein

Asthma

Wann ist das Asthma zuletzt aufgetreten?

(TT.MM.JJJJ)

Waren Sie wegen dieser Probleme in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus?

Ja Nein

Wurden Ihnen in den letzten 2 Jahren Kortison-Tabletten verschrieben?

Ja Nein

Wie viele Tage waren Sie in den letzten 12 Monaten wegen dieser Erkrankung arbeitsunfähig?



Hauterkrankungen

Wie hat Ihr Arzt die Erkrankung bezeichnet?

Welche Beschwerden bestehen bzw. bestanden?

Welche Körperstellen sind bzw. waren betroffen?

Wie wird bzw. wurde behandelt?

Sind Sie wieder völlig gesund? Ja Nein

Falls nein, welche Folgen und Beschwerden bestehen?

Gelenkerkrankungen, Rheuma

Wie hat dein Arzt die Erkrankung bezeichnet?

Welche Gelenke sind betroffen?

Mussten Sie deswegen operiert werden? Ja Nein

Ist deswegen eine Operation geplant? Ja Nein

Sind Sie wieder völlig gesund? Ja Nein

Falls nein, wie stark sind Ihre Beschwerden?
 Leicht Mittel Schwer

Wann hatten Sie zuletzt Beschwerden?

Nehmen Sie Medikamente ein? Welche?

Besteht Rheuma? Ja Nein

Sind Sie körperlich tätig? Ja Nein

Wie viele Tage waren Sie wegen dieser Erkrankung arbeitsunfähig?

Wirbelsäulen- bzw. Rückenbeschwerden

Wie hat Ihr Arzt die Erkrankung bezeichnet?

Mussten Sie deswegen operiert werden? Ja Nein

Wie oft hatten Sie diese Beschwerden schon?

Wann hatten Sie zuletzt Beschwerden? (MM.JJJJ)

Hatten Sie neurologische Ausfallerscheinungen? Ja Nein

Sind Sie wieder völlig gesund? Ja Nein

Falls nein, welche Folgen bestehen noch?

Sind Sie körperlich tätig? Ja Nein

Wie viele Tage waren Sie wegen dieser Erkrankung arbeitsunfähig?

Verletzung bzw. Unfall

Welche Verletzung/en haben Sie erlitten?

Sind Sie noch in Behandlung? Ja Nein

Wann hatten Sie zuletzt Beschwerden bzw. wann wurde zuletzt eine Behandlung durchgeführt? (MM.JJJJ)

Sind Sie wieder völlig gesund? Ja Nein

Falls nein, welche Folgen bestehen noch?

Trifft eine der folgenden Aussagen zu?

Ich hatte eine posttraumatische Belastungsstörung

Ich habe mir die Wirbelsäule verletzt

Die Verletzung/der Unfall hat zu dauerhaften oder wiederkehrenden Beschwerden / Beeinträchtigungen geführt

Sind Sie körperlich tätig? Ja Nein

Wie viele Tage waren Sie wegen dieser Erkrankung arbeitsunfähig?

Magen-Darm-Erkrankung

Wie hat Ihr Arzt die Erkrankung bezeichnet?

Wann hatten Sie zuletzt Beschwerden bzw. wann wurde zuletzt eine Behandlung durchgeführt? (MM.JJJJ)

Wie viele Tage waren Sie wegen dieser Erkrankung arbeitsunfähig?



Sind Sie wieder völlig gesund? Ja Nein
 Wurde eine Operation durchgeführt?
 Ist eine Operation geplant? Ja Nein
 Welche?

Nieren- und Harnwegserkrankungen

Wie hat Ihr Arzt die Erkrankung bezeichnet?
 Welche Beschwerden bestehen bzw. bestanden?
 Wann hatten Sie zuletzt Beschwerden bzw. wann wurde zuletzt eine Behandlung durchgeführt? (MM.JJJJ)

Sind Sie wieder völlig gesund? Ja Nein
 War die letzte Kontrolluntersuchung ohne Befund? Ja Nein
 Falls nein, Ergebnis?

Gynäkologische Erkrankungen

Wie hat Ihr Arzt die Erkrankung bezeichnet?
 Wann hatten Sie zuletzt Beschwerden bzw. wann wurde zuletzt eine Behandlung durchgeführt? (MM.JJJJ)

Sind Sie noch in Behandlung? Ja Nein
 Sind Sie wieder völlig gesund? Ja Nein
 War die letzte Kontrolluntersuchung ohne Befund? Ja Nein
 Falls nein, Ergebnis?
 Findet mehr als einmal im Jahr eine gynäkologische Routineuntersuchung statt? Ja Nein
 Wie viele Tage waren Sie wegen dieser Erkrankung arbeitsunfähig?

Herz-/Kreislauf –Erkrankungen

Wie hat Ihr Arzt die Erkrankung bezeichnet?
 Ist die Ursache bekannt? Falls ja, welche?
 Welche Beschwerden bestehen bzw. bestanden?
 Wann hatten Sie zuletzt Beschwerden bzw. wann wurde zuletzt eine Behandlung durchgeführt? (MM.JJJJ)
 Welche Behandlung wird bzw. wurde durchgeführt?
 Nehmen Sie Medikamente ein?
 Falls Ja, welche? In welcher Dosierung?
 Wurde eine Operation durchgeführt?
 Ist eine Operation geplant? Ja Nein
 Falls Ja, welche?
 Wurden auffällige Laborwerte festgestellt (z. B. Cholesterin, Triglyceride)?
 Falls ja, welche? Ergebnis?

Ergebnisse der letzten 3 Blutdruckmessungen:

	Datum	Blutdruck in mm HG	
		systolisch	diastolisch
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Diabetes mellitus

Welche Diabetesform liegt vor?

Diabetes mellitus I Diabetes mellitus II

Seit wann leiden Sie an Diabetes?

Wie alt waren Sie da?

Wie wird der Diabetes behandelt?

Diät Tabletten Insulin

Seit wann? Präparat, Dosis:

Hatten Sie jemals?

Schockzustände Koma Herzerkrankung oder Herzinfarkt Bluthochdruck

Erhöhte Blutfette Nierenprobleme auffälligen Urinbefund (Eiweiß, Aceton)

Taubheit oder Stechen in den Füßen

Werden Sie regelmäßig vom Arzt oder in einer Klinik überwacht? Ja Nein

Bitte geben Sie die letzten 3 HbA1c-Werte an:

	Datum	HbA1c-Wert in %
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wie werden die Blutzuckerwerte kontrolliert?

durch Arzt

Selbstkontrolle

Psychische Erkrankungen

Wie hat Ihr Arzt die Erkrankung bezeichnet?

Ursache?

Wie war der Verlauf?

Wie wurde behandelt?

Wann hatten Sie zuletzt Beschwerden bzw. wann wurde zuletzt eine Behandlung durchgeführt?

 (MM.JJJJ)

Sind Sie noch in Behandlung bzw. Beratung?

Ja Nein

Sind Sie wieder völlig gesund?

Ja Nein

Wurden Sie deshalb schon einmal im Krankenhaus behandelt? Ja Nein

Haben Sie eine Überdosis Drogen genommen, einen Selbstmordversuch unternommen oder Suizidgedanken gehabt? Ja Nein

Wie viele Tage waren Sie wegen dieser Erkrankung arbeitsunfähig?

Schilddrüsenerkrankung

Wie hat Ihr Arzt die Erkrankung bezeichnet?

Wann wurde die Erkrankung festgestellt?

Wann hatten Sie zuletzt Beschwerden bzw. wann wurde zuletzt eine Behandlung durchgeführt?

 (MM.JJJJ)

Nehmen Sie Medikamente ein?

Ja Nein

Welche? Dosierung?

Sind die Schilddrüsenwerte unter Behandlung normal?

Ja Nein

Mussten Sie operiert werden oder ist eine Operation geplant?

Ja Nein

Hängt die Erkrankung mit einem Tumor oder Krebs zusammen?

Ja Nein

Sind Sie wieder völlig gesund?

Ja Nein

Falls nein, welche Folgen bestehen noch?

Wie viele Tage waren Sie wegen dieser Erkrankung arbeitsunfähig?

Epilepsie

Welche Art von Anfällen wurde bei Ihnen festgestellt?



- Petit Mal
 Grand Mal
 Fokale Epilepsie
 andere Form:

Erfolgte diesbezüglich eine Krankenhausbehandlung? Ja Nein

Wann war der erste Anfall?

(TT.MM.JJJJ)

Wann war der letzte Anfall?

(TT.MM.JJJJ)

Wie viele Anfälle hatten Sie durchschnittlich im Jahr?

Wie viele Anfälle in den letzten 12 Monaten?

Haben Sie jemals das Bewusstsein verloren?

Ja Nein

Gibt es einen bestimmten Auslöser für die Anfälle? Falls ja, welchen?

Sind Sie noch in Behandlung?

Ja Nein

Wie wird Behandelt?

Nehmen Sie Medikamente ein?

Ja Nein

Falls Ja welche? Dosierung?

Welche Untersuchungen wurden vorgenommen?

Ergebnis der Untersuchungen?

Wieviele Tage waren Sie wegen dieser Erkrankung arbeitsunfähig?

Tumore, Zysten, Knoten und Geschwülste

Worum handelt bzw. handelte es sich:

- Tumor
 Zyste
 Knoten
 Geschwulst

Wann erfolgte die Diagnose?

(TT.MM.JJJJ)

Erfolgte eine Entfernung?

Ja Nein

Falls Ja, wann?

(TT.MM.JJJJ)

Wie war die Histologie?

- Gutartig Bösartig

Falls bekannt, bitte hier die genaue Diagnose angeben

(z. B. Tumorspezifikation):

Welcher Teil des Körpers ist/war betroffen?

Anzahl der Tumore, Zysten, Knoten oder Geschwülste?

Haben Sie andere Behandlungen erhalten (z. B. Tabletten, Strahlenbehandlung, Chemotherapie etc.) Welche?

Ist eine Operation geplant?

Ja Nein

Erfolgen regelmäßige Kontrolluntersuchungen?

Ja Nein

War die letzte Kontrolle ohne Befund?

Ja Nein

Falls nein, welche Befunde wurden festgestellt?

Sind Rezidive aufgetreten?

Ja Nein

Sonstige Erkrankung

Wie hat Ihr Arzt die Erkrankung bezeichnet?

Welche Beschwerden bestehen bzw. bestanden?

Wann hatten Sie zuletzt Beschwerden bzw. wann wurde zuletzt eine Behandlung durchgeführt?

(MM.JJJJ)

Sind Sie noch in Behandlung?

Ja Nein

Wie wird bzw. wurde behandelt?

Sind Sie wieder völlig gesund?

Ja Nein

Falls nein, welche Folgen bestehen noch?

Mussten Sie operiert werden oder ist eine Operation geplant? Ja Nein

Erläuterungen:



WEITERFÜHRENDE FRAGEN - FREIZEITAKTIVITÄTEN

(Bitte nur ausfüllen, falls zutreffend!)

Motorradfahren

Fahren Sie ausschließlich in Ihrer Freizeit Motorrad, ohne Beteiligung an Rennen, und auf normalen Straßen (keine Rennstrecken)?

Ja Nein

Flugsport

Hubschrauberflug Flugzeugflug Ballonfahren Gleiten Hanggleiten Ultraleichtflug
 Paragleiten Fallschirmfliegen Parasailing Base jumping Skydiving Skysurfing
 Andere Kategorie

Autorennen

Welche der folgenden Beschreibungen passt am besten zur Art von Veranstaltung, an der Sie teilnehmen?

Einsitzer Limousine Sportfahrzeug / GT Car Karting Motorrad
 andere Motorfahrzeugveranstaltungen überhaupt keine Veranstaltungen / Rennen

Nehmen Sie lediglich als Amateur teil? Ja Nein

Ist der Hubraum des Motors größer als 2 Liter? Ja Nein

Alpinismus

Sind Sie Profikletterer? Ja Nein

Welche Art von Bergsport betreiben Sie?

Bergwandern / Trekking / Abseilen Klettern an künstlichen Felswänden

Bergsteigen und Felsklettern

Falls ja, Kletten Sie oder sind Sie jemals im Winter geklettert? Ja Nein

Betreiben Sie Soloklettern oder Freeclimbing? Ja Nein

Bis zu welcher max. Höhe (in Metern) betreiben Sie den Bergsport?

Unter 4000m

4001 – 7000m

über 7000m

Tauchen mit Atemgerät

Besitzen Sie eine formale Tauchqualifikation? Ja Nein

Sind Sie jemals ohne Tauchpartner getaucht, oder haben Sie dies in Zukunft vor? Ja Nein

Beteiligen Sie sich jemals an Aktivitäten wie der Erforschung des Innern von Schiffswracks, Höhlen- oder Pothole-Tauchen, Rekordversuchen oder irgendeiner Art von Spezialexpeditionen oder -erkundungen?

Eistauchen Spezielle Expeditionen Höhlentauchen Tauchen nach Schätzen Tiefenrekordversuche

Benutzung einer Taucherglocke Wracktauchen (Innenerkundung) Andere Arten des Sporttauchens

Keine der hier genannten Arten

Wo tauchen Sie? Bitte wählen Sie Zutreffendes aus.

Seen Flüsse Baggerseen Tiefsee Küstengewässer

Wie viele Tauchgänge machen Sie durchschnittlich pro Jahr?

Wie ist Ihre maximale Tauchtiefe (in Metern)?

andere gewagte sportliche Aktivitäten, welche?