

FRAGEN AN DIE ZU VERSICHERNDE PERSON

Bitte geben Sie unbedingt den Namen und die Praxisanschrift des Arztes an, der zurzeit am besten über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person informiert ist.

Arzt der zu versichernden Person

Titel, Nachname	anonym	anonym
Vorname(n)	anonym	
Straße, Haus-Nr.	anonym	
PLZ, Ort	anonym	anonym
Telefon	anonym	

FRAGEN ZUM BERUF (bitte vollständig ausfüllen)

Derzeitiger Beruf Branche

Sind Sie angestellt selbstständig Beamter Freiberufler Auszubildender Student Schüler
 nicht erwerbstätig/arbeitsuchend Sonstiges?

Anteil Bürotätigkeit %

Tragen Sie Personalverantwortung? ja nein Falls ja, für wie viele Mitarbeiter? Mitarbeiter

Bildungs-/Berufsabschluss (höchster Abschluss)
 Ausbildungsberuf

Zu wie viel Prozent sind Sie wie folgt tätig (bitte machen Sie hier ungefähre Angaben, sodass die Summe 100 % ergibt)?

Bürotätigkeit % körperlich/handwerklich % Reise- oder Außendienst % Sonstiges %

TEIL A – Allgemeine Fragen

- 1] Wurden in den letzten 5 Jahren für Ihre Person Anträge auf Lebens-, Dread-Disease-, Grundfähigkeits-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherungen von anderen Versicherern abgelehnt, zurückgestellt, noch nicht entschieden oder nur zu erschwerten Bedingungen, z. B. Zuschlag, Ausschlussklausel oder verkürzte Dauer, angenommen oder angeboten? ja nein
 Falls ja, bei welcher Gesellschaft, wann und weshalb?
- 2] Bestehen bei anderen Versicherern bereits Lebens-, Dread-Disease-, Grundfähigkeits-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherungen oder haben Sie bereits Anspruch auf andere Versorgungsleistungen für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit (z. B. berufsständisches Versorgungswerk, Versorgungszusage des Arbeitgebers, nicht gesetzliche Rentenansprüche, sonstige Anwartschaften)? ja nein
 Falls ja, bei welcher Gesellschaft, Art der Deckung und Höhe der Absicherung?
- 3] Sind Sie in Beruf oder Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Unfall-/Absturzgefahr, Gefahr-/Schadstoffe, Witterung, Teilnahme an Wettkämpfen, Motorsport, Tauchen, Boxen, Bergsteigen, Flugsport oder sonstige gefährliche Sportarten usw.)? ja nein
 Falls ja, welchen?
- 4] Beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate einen Auslandsaufenthalt außerhalb der EU von mehr als 6 Monaten? ja nein
 Falls ja, wo, zu welchem Zweck und wie lange?

TEIL B – Gesundheitsfragen**(Ergebnisse prädiaktiver Gentests, d. h. Gentests ohne Vorliegen einer Krankheit, müssen nicht angegeben werden):**

- 5] Bitte geben Sie Größe und Gewicht an Größe cm Gewicht kg
- 6] Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nicht ärztlichen Therapeuten in Beratung, in Behandlung oder zur Untersuchung oder sind solche Maßnahmen derzeit vorgesehen wegen Krankheiten oder Beschwerden in den folgenden Bereichen? (Die aufgeführten Beispiele dienen nur der Veranschaulichung und sind nicht abschließend.)
- 6.1] des Herz-Kreislauf-Systems, z. B. Herzfehler, Herzinfarkt, Herzleistungsschwäche, Herzkranzgefäß-/Herzklappenerkrankung, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall, Thrombosen, Embolien, Durchblutungsstörungen, Lymphödem (geschwollene Arme oder Beine), Krampfadern, behandlungsbedürftiger Bluthochdruck, Herzschmerzen (Angina pectoris), Veränderungen im EKG ja nein
- 6.2] der Atmungsorgane, z. B. Asthma, Bronchitis, Emphysem, Lungen-/Rippenfellentzündung, Apnoe ja nein
- 6.3] der Nieren und Harnwege, z. B. Entzündungen der Niere oder Blase, Steine, Abflussstörungen/Harnverhalt, Schmerzen beim Wasserlassen, Blut/Eiweiß im Urin, Inkontinenz ja nein
- 6.4] der Geschlechtsorgane (Brust, Gebärmutter, Eierstöcke, Hoden, Prostata ...), z. B. Gebärmutter- oder Eierstockentzündung, verdächtiger kontrollbedürftiger Befund der letzten Vorsorge (Abstrich, Brustuntersuchung), Prostatavergrößerung/-entzündung ja nein
- 6.5] der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse, z. B. Gelbsucht, Hepatitis, Lebervergrößerung oder -verfettung, Leberwerterhöhung, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Gallensteine, Gallenblasenentzündung ja nein
- 6.6] der Verdauungsorgane (Speiseröhre, Magen, Darm), z. B. Zwölffingerdarmentzündung (Gastritis), Magengeschwür, -blutung oder -schleimhautentzündung, chronische Darmentzündung (Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn), Blut im Stuhl ja nein
- 6.7] des Blutes, der blutbildenden und lymphatische Organe (Milz), z. B. Blutarmut, Anämie, Leukämie ja nein
- 6.8] der Nerven, des Gehirns, z. B. Anfälle, Ohnmacht, Lähmung, behandlungsbedürftige Migräne, Multiple Sklerose, Parkinson, Alzheimer, Schädel-Hirn-Verletzung, Sensibilitätsstörungen ja nein
- 6.9] der Psyche, z. B. Angststörung, Depression, Suizidversuche, Essstörungen, psychosomatische Störungen ja nein
- 6.10] der Haut, z. B. Neurodermitis, Psoriasis (Schuppenflechte), auffällige oder kontrollbedürftige Muttermale, Ekzem, Basaliom, Melanom ja nein
- 6.11] des Stoffwechsels, der Drüsen und des Hormonhaushaltes, z. B. Zuckerkrankheit/Diabetes, Schilddrüsenfunktionsstörung oder -vergrößerung, behandlungsbedürftige Blutfetterhöhung (Cholesterin, Triglyceride), behandlungsbedürftige Harnsäureerhöhung/Gicht ja nein
- 6.12] Infektionen, Tropen-, Geschlechtskrankheiten, z. B. Tuberkulose, HIV, Hepatitis, Malaria, Syphilis (Lues) ja nein
- 6.13] gut- oder bösartige Tumore, z. B. Krebs, Morbus Hodgkin (Lymphdrüsenkrebs), Gehirntumore ja nein
- 6.14] Autoimmunerkrankungen, z. B. Rheuma, Morbus Bechterew, Lupus erythematoses, Raynaud-Syndrom ja nein
- 6.15] Allergien, z. B. Hausstaub- oder Pollenallergie, Allergie gegen Mehlstaub, Arzneimittel, Tierhaare ja nein
- 6.16] des Bewegungsapparates, z. B. Bandscheibenvorfall, Schleudertrauma, Skoliose, Scheuermann, Rückenschmerzen, Hexenschuss, Bänderriss, Meniskusverletzung, Arthrose, Gelenkschmerzen/Arthritis, Hüftgelenkdysplasie ja nein
- 6.17] der Augen oder Ohren, z. B. Tinnitus, Hörsturz, Hörminderung, Einschränkung der Sehfähigkeit oder des Gesichtsfeldes, Doppelbilder, Netzhautablösung, Makuladegeneration, Kurzsichtigkeit über 8 Dioptrien, andere Fehlsichtigkeiten, Laserung der Netzhaut, Erhöhung des Augendruckes (Glaukom) ja nein
- 7] Fanden in den vergangenen 10 Jahren stationäre Krankenhausbehandlungen, Operationen (auch ambulant), Strahlen- oder Chemotherapien, Sanatoriums-/Reha-/Kuraufenthalte, Entzugsbehandlungen statt oder wurden solche angedacht, aber noch nicht durchgeführt? ja nein
Falls ja, wann?
- 8] Sind derzeit noch Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen), Behandlungen, Operationen usw. angedacht oder stehen Ergebnisse bereits durchgeführter Untersuchungen aus? ja nein
Falls ja, welche?
- 9] Wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen Überlastungs-, Überforderungs- oder Erschöpfungszustand (Burn-out), Entwicklungsstörungen, z. B. ADS/ADHS, Leistungsminderung, Mobbing ärztlich oder psychotherapeutisch beraten oder behandelt? ja nein
- 10] Bestehen Folgen von Unfällen, Vergiftungen, Verletzungen, Krankheiten oder Operationen, z. B. Gliedmaßenverlust, Bewegungseinschränkungen, Hirnleistungsschwäche? ja nein
Falls ja, welche?
- 11] Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Betäubungsmittel oder Drogen ein? ja nein
Falls ja, machen Sie nähere Angaben:
Welcher Art? Wie viel pro Woche?
- 12] Haben Sie in den letzten zwölf Monaten geraucht? ja nein
Falls ja, geben Sie bitte an, was und wie viel Sie täglich geraucht haben.

TEIL C – Zusätzliche Fragen, falls eine Berufsunfähigkeitsrente von mehr als 1.500 € monatlich inklusive bestehender Vorversicherungen beantragt wird.

- 13] Wie hoch war das Brutto-Jahreseinkommen in den letzten 3 Jahren aus Ihrer beruflichen Tätigkeit? (Einkünfte aus Vermietung, Kapitalerträge usw. bitte nicht angeben.)
- Jahr
- Bruttoeinkommen € € €
- 14] Beziehen, bezogen oder beantragten Sie eine Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, Unfallinvalidität oder aus anderen gesundheitlichen Gründen? Besteht eine Schwerbehinderung (Gdb)/Erwerbsminderung (MdE) oder ist/wurde die Feststellung beantragt? ja nein
Falls ja, welche und was ist der Grund der Beeinträchtigung?

