



## Berufsunfähigkeitsversicherungen mit vereinfachter Gesundheitsprüfung

Name	anonym
Vorname	anonym
Strasse	anonym
PLZ und Ort	anonym
Geburtsdatum	
Körpergröße	_____ cm
und Gewicht	_____ kg

### Nachfolgend erhalten Sie eine Übersicht derzeit am Markt erhältlicher Berufsunfähigkeitsversicherungen mit vereinfachter Gesundheitsprüfung.

Sofern Sie alle (!) Gesundheitsfragen eines Anbieters mit „nein“ beantworten können, besteht die Möglichkeit, dass Schutz geboten wird. Hier sollten wir dann auch weitermachen. Wird allerdings auch nur eine Gesundheitsfrage mit einem „ja“ beantwortet, ist eine umfassende Prüfung fällig.

Sie sollten daher zunächst prüfen, ob die Fragen allesamt mit „nein“ beantwortet werden können. Der Body-Maß-Index, der sich aus Größe, Gewicht und Alter ergibt muss, sofern danach gefragt, auch im Toleranzbereich liegen. Am einfachsten ist es derzeit bei der LV1871, allerdings nur in begrenzter Höhe zur Sparplanabsicherung, so dass dieser Schutz mit anderen gekoppelt werden könnte

Produkt	Berufsunfähigkeitsversicherung
Versicherungsunternehmen	LV 1871
Aktion gilt bis	unbefristet
Max. versicherbare BU-Rente	250 €
Max. versicherbar bis Endalter	67
Höchst Eintrittsalter	55
Qualität BU-Bedingungen	sehr gut (Golden BU)
Beitragsdynamik möglich?	ja, 3%
Nachversicherungsrechte?	nein
Wartezeiten?	drei Jahre Wartezeit – sofortiger Schutz bei Berufsunfähigkeit durch Unfall
Besonderheit	Nur zur Absicherung von Sparplänen (Fondssparplan, Bausparvertrag, Lebensversicherungen etc.)
Gesundheitsfragen	Keine
Unsere Bewertung	Trotz Wartezeit ein Produkt ohne Prüfung bei sehr guten Bedingungen. Bindung an Sparplan leider notwendig, kann jedoch helfen, zumindest einen Teil der Altersversorgung zu retten.
Angebot gewünscht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein



<b>Produkt</b>	<b>Berufsunfähigkeitsversicherung</b>
<b>Versicherungsunternehmen</b>	<b>LV1871</b>
Aktion gilt bis	unbefristet
Max. versicherbare BU-Rente	1.500 € monatlich
Max. versicherbar bis Endalter	67
Höchst Eintrittsalter	35 (aktuelles Jahr minus Geburtsjahr)
Qualität BU-Bedingungen	sehr gut (Golden BU)
Beitragsdynamik möglich?	3%
Nachversicherungsrechte?	ja
Wartezeiten?	keine
Besonderheit	keine
Fragen	
Bestehen bereits Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherungen oder sind solche beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Üben Sie eine der folgenden Sportarten aus: Motorsport, Bergsport, Flugsport, Tauchsport, Reitsport, Kampfsport, gefährliche Mannschaftssportarten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche ?
Planen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate einen mehr als sechswöchigen Auslandsaufenthalt außerhalb der EU?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurden Sie in den letzten 5 Jahren von einem Arzt oder sonstigen Heilbehandler untersucht oder behandelt?  Wenn ja, bitte nachfolgende Fragen zusätzlich beantworten:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurden Ihnen in den letzten 6 Monaten Medikamente verschrieben oder verabreicht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Waren Sie in den letzten 5 Jahren für mehr als 14 Kalendertage durchgehend aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage, Ihre übliche Tätigkeit (berufliche Tätigkeit, Teilnahme am Schulunterricht, Studium) auszuüben oder sind Sie derzeit dazu nicht in der Lage?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein



Wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen des Genusses von Alkohol oder anderer Suchtmittel beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie in den letzten 5 Jahren untersucht oder behandelt worden wegen einer Herzerkrankung, Tumorerkrankung, Nierenerkrankung oder Diabetes?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren psychische Beschwerden oder Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär aufgenommen oder ist eine stationäre Behandlung in den nächsten 12 Monaten geplant?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie in den letzten 6 Monaten Beschwerden des Nervensystems oder des Gehirns, des Bewegungsapparates oder der Sinnesorgane?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unsere Bewertung	Leistungsstarker Versicherungsschutz mit vereinfachten Gesundheitsprüfung
Angebot gewünscht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein



Produkt	Berufsunfähigkeitsversicherung
<b>Versicherungsunternehmen</b>	<b>HDI</b>
Aktion gilt bis	unbefristet
Max. versicherbare BU-Rente	2.000 €
Max. versicherbar bis Endalter	67
Höchst Eintrittsalter	55
Qualität BU-Bedingungen	sehr gut (EGO-Top mit und ohne AU-Klausel)
Beitragsdynamik möglich?	Ja
Leistungsdynamik möglich?	Ja
Nachversicherungsrechte?	Ja
Voraussetzung	<b>bts-Mitgliedschaft</b> – Studium/ Promotion in den Fachrichtungen Biotechnologie, Biowissenschaft, Chemiewissenschaft, Pharmazie, Molekular- oder Humanmedizin. Gilt auch für deren (Ehe-) Lebenspartner bzw. unterhaltsberechtigtes Kind. Kosten 25 € p.a. Studenten, 40 € sonst
<b>Fragen zum Gesundheitszustand</b>	
Status	<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Auszubildender <input type="checkbox"/> Selbstständig / Freiberufler seit <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Student im letzten Viertel des Studiums/ Medizinstudent ab Physikum
Personalverantwortung für	Personen
Anteil der Bürotätigkeit an einem festen Arbeitsplatz in Prozent zum Anteil der Gesamttätigkeit	Prozent
Anteil der körperlichen Tätigkeit in Prozent zum Anteil der Gesamttätigkeit	Prozent
Wurde bei der HDI Lebensversicherung AG <u>oder</u> einer anderen Gesellschaft <u>ein Antrag</u> (nicht Risikovorabfrage!) auf Abschluss eines Versicherungsvertrages der zu versichernden Person aus Risikogründen abgelehnt, zurückgestellt oder nicht zu normalen Bedingungen angenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Besteht bei Ihnen eine anerkannte Erwerbsminderung (MdE/GdS 1), Behinderung (GdB 2) oder Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit oder wurde eine solche in den letzten 2 Jahren beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Übersteigt die zu versichernde Berufsunfähigkeitsrente (inkl. Bonusleistung aus der Gewinnbeteiligung) – einschließlich bereits bestehender oder beantragter Versicherungen für den Fall der Berufs- oder	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein



Erwerbsunfähigkeit – 80% bei Abschluss einer betrieblichen bzw. 60% bei Abschluss einer privaten Vorsorge Ihres zum Zeitpunkt der Antragstellung aktuellen jährlichen Bruttoeinkommens)?	
Waren Sie <b>in den letzten zwei Jahren länger als vier Wochen durchgehend</b> aus gesundheitlichen Gründen außer Stande, Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben <b>oder</b> üben Sie derzeit Ihre berufliche Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkt aus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen jemals ein <b>Hirntumor, eine Krebserkrankung, Diabetes, eine HIV-Infektion, Multiple Sklerose, Rheuma, Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn, Epilepsie</b> oder ein <b>Schlaganfall</b> ärztlich festgestellt oder wurde bei Ihnen ein Grad der Behinderung ( <b>GdB</b> ), ein Grad der Schädigungsfolgen ( <b>GdS</b> ), eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit zuerkannt, bzw. ein solcher Antrag in den letzten zwei Jahren gestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Sind Sie derzeit oder waren Sie in den letzten drei Jahren in Behandlung</b>	
bei einem Kardiologen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
bei einem Psychiater, Psychologen oder Psychotherapeuten oder wegen psychischer Beschwerden bei einem Arzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
bei einem Orthopäden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Wurden Ihnen in den letzten drei Jahren</b>	
wegen einer Erkrankung des Bewegungsapparates <b>mehr als 12 Behandlungen</b> beim Therapeuten (Physiotherapeut, Ergotherapeut, Osteopath, Chiropraktiker) verordnet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unsere Bewertung	Leistungsstarker Versicherungsschutz mit einer vereinfachten sehr klaren Gesundheitsprüfung.
Angebot gewünscht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein



Produkt	Berufsunfähigkeitsversicherung
<b>Versicherungsunternehmen</b>	<b>Allianz</b>
Aktion gilt bis	unbefristet
Max. versicherbare BU-Rente	1.000 €
Max. versicherbar bis Endalter	67
Höchst Eintrittsalter	45
Qualität BU-Bedingungen	sehr gut
Beitragsdynamik möglich?	ja, 3%
Nachversicherungsrechte?	Ja
Wartezeiten?	drei Jahre Wartezeit – sofortiger Schutz bei Berufsunfähigkeit durch Unfall
Voraussetzung	<b>Abschluss nur in Zusammenhang mit der Neufinanzierung einer Immobilie oder Praxis-Erwerb bei Ärzten.</b> Antragstellung muss binnen 6 Monate nach Unterzeichnung des Darlehensvertrages erfolgen.
<b>Fragen zum Gesundheitszustand</b>	
Ist die Voraussetzung erfüllt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie aktuell in Behandlung bei einem Arzt oder Therapeuten (z. B. Heilpraktiker, Psychologen, Psychotherapeuten)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Waren Sie <b>in den letzten 5 Jahren</b> wegen einer Erkrankung der Psyche oder des Nervensystems oder einer Erkrankung bzw. Verletzung des Bewegungsapparates (Wirbelsäule, Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder) <b>länger als 2 Wochen</b> ununterbrochen arbeitsunfähig oder in psychiatrischer Betreuung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie <b>in den letzten 5 Jahren</b> aus gesundheitlichen Gründen <b>länger als 4 Wochen ununterbrochen</b> verschreibungspflichtige Medikamente (z. B. Tabletten oder Spritzen) eingenommen oder erhalten bzw. wird die aktuelle Medikation voraussichtlich mehr als 4 Wochen andauern?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion oder eine Krebserkrankung festgestellt oder wurde Ihnen ein Grad der Behinderung (GdB) oder Grad der Schädigungsfolge (GdS) zuerkannt bzw. ein solcher Antrag in den letzten 2 Jahren gestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unsere Bewertung	Leistungsstarker und solventer Anbieter.
Angebot gewünscht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein



<b>Produkt</b>	<b>Berufsunfähigkeitsversicherung</b>
<b>Versicherungsunternehmen</b>	<b>Barmenia</b>
Aktion gilt bis	unbefristet
Max. versicherbare BU-Rente	Max. 18.000 EUR jährlich unter Berücksichtigung von Beruf, Einkommen und bereits bestehendem BU-Schutz
<b>Höchsteintrittsalter</b>	<b>35</b>
Qualität BU-Bedingungen	sehr gut
Beitragsdynamik möglich?	max. 2 %
Nachversicherungsrechte?	max. 2%
Wartezeiten?	Keine
Besonderheit	<b>BU-Schutz mit vereinfachter Antragstellung bei einem besonderen Anlass</b> (Heirat; Geburt/Annahme eines Kindes; Aufnahme einer Berufstätigkeit nach erfolgreichem Abschluss eines Hochschul-/Fachhochschulstudiums; Aufnahme der Berufstätigkeit in einem anerkannten Ausbildungsberuf nach erfolgreichem Abschluss der Berufsausbildung; Kauf einer Immobilie mit einem Verkehrswert von mindestens 50.000 EUR zur Eigennutzung oder zur Gründung einer eigenen beruflichen Existenz; Aufnahme eines Darlehens von mindestens 50.000 EUR zur Errichtung einer Immobilie zur Eigennutzung oder zur Gründung einer eigenen beruflichen Existenz)
<b>Fragen</b>	
Liegt ein solcher besonderer Anlass vor oder steht in naher Zukunft an?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie durch Beruf, Sport oder in der Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt ( z.B. energiereichen Strahlen, Sprengstoff, Chemikalien, Tauchen, Bergsteigen, Fallschirmspringen, Wettfahrten, Rennsport, Privat- oder Sportflüge, Drachen- bzw. Gleitschirmflüge, Kampfsportarten, Extremsportarten, Motorradfahren)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate länger als 3 Monate in ein außereuropäisches Land zu reisen? Wenn ja, wohin? Wie lange? Veranlassung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bestehen derzeit bei anderen Unternehmen Versicherungen für den Fall Ihrer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Anm.: Ja, kein zwingender Ablehnungsgrund)





<p>Fragen zu Einkommen/Einnahmen; Die Höhe der Gesamtversorgung für den Fall der Berufs-, Erwerbs- bzw. Dienstunfähigkeit (d.h. die Summe der Beiträge aus der hier beantragten Jahresrente und den Ansprüchen aus anderen Versicherungsverträgen) beträgt max. 60 % der in den letzten 3 Jahren durchschnittlich verdienten Gesamtbruttoeinkünfte (bei Aufnahme einer Berufstätigkeit gilt das aktuelle Bruttoeinkommen)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p><b>Zum Gesundheitszustand erklärt die zu versichernde Person</b></p>	
<p>1. dass ihr keine Behinderteneigenschaft (GdB/GdS, Grad der Behinderung / Schädigungsfolge) zuerkannt wurde oder ein solcher Antrag in den letzten drei Jahren gestellt wurde</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Anm.: Hier wäre ein „nein“ schlecht für die Annahme)</p>
<p>2. dass ihr <b>in den letzten fünf Jahren keine Medikamente länger als einen Monat verordnet</b> wurden (Kontrazeptiva sind nicht anzugeben) <b>und</b> sie nicht von einem Psychotherapeuten oder Psychologen untersucht, beraten <b>oder</b> behandelt wurde oder in ein Krankenhaus eingewiesen wurde,</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Anm.: Hier wäre ein „nein“ schlecht für die Annahme)</p>
<p>3. dass bei ihr <b>in den letzten fünf Jahren</b> keine Erkrankung des Stütz- und Bewegungsapparates wiederholt aufgetreten ist oder länger als einen Monat behandelt wurde,</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Anm.: Hier wäre ein „nein“ schlecht für die Annahme)</p>
<p>4. dass bei ihr <b>in den letzten fünf Jahren</b> keine Tumorerkrankung (bösartig, oder gutartiger Hirntumor) festgestellt oder behandelt wurde (einschließlich Verdacht auf eine solche Erkrankung) oder eine HIV-Infektion bestand.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Anm.: Hier wäre ein „nein“ schlecht für die Annahme)</p>
<p>Unsere Bewertung</p>	<p>Leistungsstarker Versicherungsschutz mit einer noch vereinfachten Gesundheitsprüfung.</p>
<p>Angebot gewünscht?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>





<b>Produkt</b>	<b>Berufsunfähigkeitsversicherung</b>
<b>Versicherungsunternehmen</b>	<b>Basler</b>
Aktion gilt bis	unbefristet
Max. versicherbare BU-Rente	2.000 €
Max. versicherbar bis Endalter	67
<b>Höchst Eintrittsalter</b>	<b>30</b>
Qualität BU-Bedingungen	sehr gut
Beitragsdynamik möglich?	ja, max. 5%
Nachversicherungsrechte?	ja
Wartezeiten?	keine
Besonderheit	
<b>Fragen</b>	
Nehmen oder nahmen Sie <b>in den letzten 12 Monaten häufig oder regelmäßig</b> (z.B. einmal am Tag oder über mindestens einen Monat hinweg) apothekenpflichtige Medikamente (z.B. Salben, Sprays, Tabletten außer der Pille, Spritzen) oder wurden Ihnen solche verordnet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind oder waren Sie <b>in den letzten 12 Monaten mehr als 2 Wochen</b> zusammenhängend nicht in der Lage Ihrer schulischen, studentischen oder beruflichen Tätigkeit nachzugehen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bitte geben Sie an, ob <b>Sie in den letzten 3 Jahren</b> Erkrankungen oder Beschwerden der folgenden Punkte haben/hatten und/oder sich deswegen in ärztlicher Behandlung, Beratung oder Untersuchung befinden/befunden haben.  a) Schmerzen, Missempfindungen (z.B. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen, Knochenbrüche, Taubheitsgefühle, behandlungsbedürftige Bauchschmerzen, Verletzungen der Gelenke).  b) Funktionseinschränkungen und Funktionsstörungen (z.B. chronische Durchfälle, chronische Verstopfung,	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein



<p>Fehlsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrin, dauerhafte Hörminderungen, angeborener Herzfehler).</p> <p>c) Störungen der psychischen Leistungsfähigkeit und der Psyche (z.B. ADHS, Essstörung, psychosomatische Störung, Angststörung, Selbstmordversuch, Depression)</p> <p>d) Störungen der Haut- und Atemwegsfunktion (z.B. wiederkehrende Hautausschläge, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hautunverträglichkeiten, Asthma, dauerhafter Husten, allergische Reaktionen der Haut, allergische Reaktionen der Atemwege, allergische Reaktionen der Lunge)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Bitte geben Sie an, ob <b>Sie in den letzten 5 Jahren</b> Erkrankungen oder Beschwerden der folgenden Punkte haben/hatten und/oder sich deswegen in ärztlicher Behandlung, Beratung oder Untersuchung befinden/befunden haben. a) Erkrankungen des Immunsystems b) Schwere Infektionen c) gutartige oder bösartige Neubildungen</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Konsumieren oder konsumierten Sie Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Wurden <b>Sie in den letzten 5 Jahren</b> in einem Krankenhaus, einer Rehabilitationsklinik, einer Entzugsklinik oder anderen Einrichtungen der medizinischen Versorgung beraten, behandelt oder untersucht? (es müssen keine Angaben zu Schwangerschaften und Geburten gemacht werden)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Unsere Bewertung</p>	<p>Leistungsstarker Versicherungsschutz mit einer teils (3 Jahre) vereinfachten Gesundheitsprüfung für junge Leute</p>
<p>Angebot gewünscht?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>



<b>Produkt</b>	<b>Berufsunfähigkeitsversicherung</b>
<b>Versicherungsunternehmen</b>	<b>Iduna Leben</b>
Aktion gilt bis	unbefristet
Max. versicherbare BU-Rente	1000 € für A-Berufe
Max. versicherbar bis Endalter	67
Höchst Eintrittsalter	40
Qualität BU-Bedingungen	sehr gut
Beitragsdynamik möglich?	ja
Ausbaugarantien (ohne Ereignis & ohne Gesundheitsprüfung)	Ja bis 1500€ - frühestens nach 6 Monaten / spätestens bis 3 Jahre nach Vertragsabschluss
Nachversicherungsgarantien	ja
Wartezeiten?	keine
Besonderheit	Zugang nur für Berufsgruppen A-Berufe
<b>Fragen</b>	
Wurden in den letzten 5 Jahren bereits Anträge auf Lebens-, Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsversicherungen zu erschweren Bedingungen angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, bei welcher Versicherung?
Beabsichtigen Sie, innerhalb der nächsten 12 Monate länger als 3 Monate in ein außereuropäisches Land zu reisen bzw. sich dort aufzuhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja: Welches Land/Region? Wann? Wie lange? Zweck des Aufenthaltes?
Bestehen bei Ihnen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen (Behinderungen, Fehlbildungen, Folgen von oder Einschränkungen nach operativen Eingriffen oder Unfällen, Amputationen)? Haben Sie in den letzten drei Jahren einen Antrag gestellt auf eine Schwerbehinderung (GdB, MdE, WDB) oder haben Sie eine Pflegestufe beantragt? Beziehen oder bezogen Sie eine Rente aus gesundheitlichen Gründen oder wegen eines Unfalls?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein



<p>Waren Sie in den letzten drei Jahren mindestens in einem Jahr länger als insgesamt 15 Arbeitstage aus medizinischen Gründen arbeitsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja, aus welchen Gründen?</p>
<p>Befanden Sie sich in den letzten drei Jahren in einer medizinischen Behandlung wegen Erkrankungen des Herzens, der Nieren, Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Wirbelsäule, Gelenke, Atmungsorgane, Leber, Psyche, Suchterkrankungen, Nerven, Gehirn, Krebs, Tumore, Epilepsie, HIV-Infektion?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja: Was genau? Wann? Folgen?</p>
<p>Nehmen oder nahmen Sie innerhalb des letzten Jahres verschreibungspflichtige Medikamente ein? Nehmen oder nahmen Sie innerhalb des letzten Jahres rezeptfreie Medikamente länger als eine Woche ununterbrochen ein?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja: Name der Medikamente, warum, wann und wie oft eingenommen?</p>
<p>Unsere Bewertung</p>	<p>Leistungsstarker Versicherungsschutz mit vereinfachter Gesundheitsprüfung</p>
<p>Angebot gewünscht</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>



<b>Produkt</b>	<b>Berufsunfähigkeitsversicherung</b>
<b>Versicherungsunternehmen</b>	<b>VPV</b>
Aktion gilt bis	unbefristet
Max. versicherbare BU-Rente	1500 €
Max. versicherbar bis Endalter	67
Höchst Eintrittsalter	60
Qualität BU-Bedingungen	sehr gut
Beitragsdynamik möglich?	nein
Nachversicherungsrechte?	nein
Wartezeiten?	keine
Besonderheit	
Fragen	
Körpergröße und Gewicht	_____ cm _____ kg
Gesamtjahresrente inkl. Vorversicherungen der letzten 5 Jahre bei der VPV (EUR)	
Gesamtjahresrente inkl. Vorversicherungen bei der VPV (EUR)	
Anzahl Unfälle mit stationärer Behandlung (> 24 Stunden) in den letzten 5 Jahren	
Liegt eine Invalidität oder anerkannte Behinderungen vor (MdE, GbB, GdS)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Üben Sie eine oder mehrere Sportartart(en) aus?	
Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten Aufenthalte außerhalb der EU, Islands, Norwegens, der Schweiz, der USA oder Kanada von insgesamt mehr als 12 Wochen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bestanden oder bestehen Suchtleiden, eine HIV-Infektion (positiver HIV-Test) oder ein Krebsleiden, Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder  Beschwerden - des Herzens oder der Kreislauforgane - der Atmungsorgane - der Speiseröhre, des Magens, des Darms,	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein



<p>der Leber, der Galle oder der Bauchspeicheldrüse</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- der Nieren und Harnwegsorgane, der Geschlechtsorgane</li><li>- der Haut</li><li>- der Finger, Hände, Arme, Beine, des Rückens und der Wirbelsäule, der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen oder Bänder</li><li>- des Gehirns, des Nervensystems oder der Psyche</li><li>- der Augen</li><li>- der Ohren</li><li>- der Nase</li><li>- des Stoffwechsels</li><li>- des Blutes,</li></ul> <p>die in den letzten 4 Wochen ärztlich (Arzt, Psychotherapeut oder Heilpraktiker) untersucht, beraten oder behandelt wurden bzw. werden oder</p> <p>die innerhalb der letzten 5 Jahre eine Behandlungsdauer über einen Zeitraum von mehr als 14 Tagen erforderlich machten oder</p> <p>die in den letzten 5 Jahren eine Medikamenteneinnahme über einen Zeitraum von länger als 4 Wochen erforderlich machten (nicht zu berücksichtigen: Verhütungsmittel) oder</p> <p>die innerhalb der letzten 10 Jahre einen Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalt oder eine ambulante Operation erforderlich machten?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</p>
Unsere Bewertung	Versicherungsschutz mit einer etwas vereinfachten Gesundheitsprüfung
Angebot gewünscht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Anmerkungen:**

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
anonym  
Unterschrift Mandant/-in