

Agenturnummer: 658 / 00 / _____

Vorabnummer: _____



Risikovorfrage

Versicherte Person

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

Staatsangehörigkeit:
 deutsch abweichend: _____

PLZ, Ort: _____

Geschlecht:
 männlich weiblich

Ausgeübte Tätigkeit

Ausgeübte Tätigkeit, seit: _____

Anteil der praktischen / körperlichen Tätigkeit: %
Anteil der kaufmännischen / leitenden Tätigkeit: %

Branche / ggf. Studien-Fachrichtung / erlernter Beruf: _____

nicht selbstständig
 selbstständig, seit: _____
Anzahl der festgestellten Vollzeitmitarbeiter:

Tätigkeitsbeschreibung / Unklares Berufsbild, Zusatzklärung beigefügt
 Hausfrau / Hausmann, Zusatzklärung beigefügt

Berufsgruppe (1-4): BG-

Gewünschte Absicherung

GesundBU® Comfort, oder abweichend Standard
Berufsunfähigkeitsrente* _____ € monatlich
Endalter _____ Jahre
Leistung im Todesfall **5.000 €**, oder abweichend _____ €

Start (UBUZ)
Berufsunfähigkeitsrente* _____ € monatlich
***Bei einer BU-Rente größer als 24.000 € jährlich erfolgt die Risikovorfrage vorbehaltlich des ärztlichen Zeugnisses.**

Erklärung der versicherten Person

Bitte die nachstehenden Fragen mit Ja oder Nein beantworten und beigefügte Zusatzklärungen ankreuzen.

Berufs- und Freizeitrisko: Ja Nein

Sind Sie im Beruf oder in der Freizeit Gefahren ausgesetzt, zum Beispiel:

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Umgang mit explosiblen oder radioaktiven Stoffen | <input type="checkbox"/> Reitwettbewerbe |
| <input type="checkbox"/> Motorsport-Aktivitäten | <input type="checkbox"/> Berufsreiter, Zusatzklärung beigefügt |
| <input type="checkbox"/> Automobilsport, Zusatzklärung beigefügt | <input type="checkbox"/> Freizeitreiter, Zusatzklärung beigefügt |
| <input type="checkbox"/> Motorradsport, Zusatzklärung beigefügt | <input type="checkbox"/> Bergsport, ausgenommen Wandern |
| <input type="checkbox"/> Fallschirmspringen | <input type="checkbox"/> Zusatzklärung beigefügt |
| <input type="checkbox"/> Flugsport einschließlich Gleitschirmspringen oder Hängegleiten | <input type="checkbox"/> sonstige gefahrerhöhenden Berufs- oder Freizeitrissen |
| <input type="checkbox"/> Kampfsport | Bitte machen Sie nähere Angaben zu den Berufs- oder Freizeitrissen, für die keine Zusatzklärung zur Verfügung steht |
| <input type="checkbox"/> Zusatzklärung beigefügt | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tauchsport | _____ |
| <input type="checkbox"/> Zusatzklärung beigefügt | |

Auslandsaufenthalte:

Sind in den nächsten 12 Monaten Auslandsaufenthalte von mehr als 3 Monaten Dauer oder in Krisengebieten vorgesehen? Ja Nein

Wo? _____

Wie lange? _____

Grund? Beruflich Studium Privat anderer Grund _____

Anlagen Auslandsaufenthalte, Zusatzklärung beigefügt Auslands Klausel, Zusatzklärung beigefügt

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

GesundBU_Risikovorfrage_012009

Gesamtversicherungsschutz:

Wurden in den letzten 5 Jahren Lebensversicherungen, Dread-Disease-Versicherungen (Leistung bei schwerer Erkrankung) bzw. Berufs-, Erwerbs-, Schulunfähigkeits-, Erwerbsausfall- oder Pflegerentenversicherungen zurückgestellt, abgelehnt oder erschwert angenommen? Wenn ja, weshalb?

Ja Nein

Wann? Bei welchem Unternehmen?

Bestehen bereits Versicherungen auf Ihr Leben (einschl. Berufunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeits-/Schulunfähigkeits-/Erwerbsausfall-/Dread-Disease oder Pflege-Rente) oder wurden bislang bzw. werden zeitgleich solche beantragt? Ja Nein

Art der Versicherung?

Wann?

Bei welchem Unternehmen?

Höhe der Versicherungssumme?

€

Höhe der jährlichen Berufunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeits-/Schulunfähigkeits-/Erwerbsausfall-/Pflege-Rente?

€

Höhe der Dread-Disease-Leistung jährliche Rente Kapitaleistung

€

Angaben zum Arbeitseinkommen:

Wie hoch ist Ihr jährliches Arbeitseinkommen (bei Selbstständigen Gewinn bzw. Jahresüberschuss)?

brutto (bzw. vor Steuer) netto (bzw. nach Steuer)

€

BU-Rente größer als 20.000 € jährlich, Zusatzklärung beigefügt

Angaben zum Gesundheitszustand

In Klammern

Bitte geben Sie an

Auflistung.

| | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden oder Funktionsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a) des Herzens, Kreislaufs, der Gefäße (z. B. ärztlich festgestellter erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörung, Schlaganfall, Krampfadern, Durchblutungsstörungen, Thrombose)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck, Zusatzklärung beigefügt | | |
| <input type="checkbox"/> Herz- und Kreislauferkrankungen, Zusatzklärung beigefügt | | |
| <input type="checkbox"/> Thrombose/Venenerkrankungen, Zusatzklärung beigefügt | | |
| b) der Lunge, Bronchien, Luftröhre, Nase (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Schlafapnoe)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Asthma Bronchiale/Lungen- und Atemwegserkrankungen, Zusatzklärung beigefügt | | |
| c) der Speiseröhre, des Magens, Darms, der Leber, Bauchspeicheldrüse, Galle, Milz (z. B. Magengeschwür, Darmblutung, erhöhte Leberwerte)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Magen- und Darmerkrankungen, Zusatzklärung beigefügt | | |
| d) der Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane, Brust (z. B. Nierenbeckenentzündung, Nierensteine, Zystennieren, Blut- oder Eiweißausscheidung)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Harnwegs- und Nierenerkrankungen, Zusatzklärung beigefügt | | |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologische Erkrankungen, Zusatzklärung beigefügt | | |
| e) des Stoffwechsels, Blutes, der Lymphknoten, Schilddrüse (z. B. Zuckerkrankheit, erhöhte Blutfettwerte, Gicht, Anämie, Leukämie, Lymphknoten)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus, Zusatzklärung beigefügt | | |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung, Zusatzklärung beigefügt | | |
| <input type="checkbox"/> Herz- und Kreislauferkrankungen (Blutuntersuchung), Zusatzklärung beigefügt | | |
| f) des Gehirns, Nervensystems (z. B. Multiple Sklerose, Epilepsie, Migräne, Lähmungen, chronische Schmerzen, Gangunsicherheit)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerz/Migräne, Zusatzklärung beigefügt | | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie, Zusatzklärung beigefügt | | |
| g) der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen oder Bänder sowie Wirbelsäule, Bandscheiben (z. B. Bewegungseinschränkungen, Gelenkfehlstellung, Meniskusriss, Bandscheibenvorwölbung, Rheuma, Fibromyalgie)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Gelenkerkrankungen, Zusatzklärung beigefügt | | |
| <input type="checkbox"/> Verletzungen, Zusatzklärung beigefügt | | |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenbeschwerden/-erkrankungen, Zusatzklärung beigefügt | | |
| h) der Augen (z. B. Linsentrübung, Augenfehlstellung, erhöhter Augendruck, Netzhauterkrankung, Sehnervenentzündung, Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien: links <input type="text"/> rechts <input type="text"/>)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen/Sehstörungen, Zusatzklärung beigefügt | | |

Risikovorfrage zur **GesundBU**® für:

Seite 2 von 3

Vorname, Name:

Geburtsdatum:

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Ja | Nein |
| i) der Ohren (z. B. Hörminderung, Hörsturz, Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen)? <input type="checkbox"/> Ohrenerkrankungen, Zusatzklärung beigefügt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) der Haut oder Allergien (z. B. Abszess, Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hausstaub-, Pollen-, Tierhaar-, Nahrungsmittel- oder berufsbedingte Allergie)? <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen, Zusatzklärung beigefügt <input type="checkbox"/> Allergien, Zusatzklärung beigefügt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) gutartige Tumorerkrankungen (z. B. Zyste, Adenom)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankungen, Tropenkrankheiten (z. B. Malaria, Hepatitis, Tuberkulose, Borreliose)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m) der Psyche (z. B. Depression, Angststörung, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, chronisches Müdigkeitssyndrom, psychosomatische Störung), Suchterkrankung (z. B. Einnahme von Drogen, Folgen von Alkoholgenuss)? <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen, Zusatzklärung beigefügt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n) Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE – <input type="text"/> %) oder Schwerbehinderung (GdB – <input type="text"/> %) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Bestehen oder bestanden bösartige Tumorerkrankungen (z. B. Krebs), erfolgte ein Selbsttötungsversuch oder wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver Aids-Test)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sind Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte oder andere Behandler (z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten) untersucht, beraten oder behandelt worden? Von welchen (Anschrift und Fachrichtung), wann, weshalb? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wurden in den letzten 12 Monaten Arzneimittel (z. B. Blutdruckmittel, Asthmaspray, entzündungshemmende Medikamente, Schilddrüsen-tabletten) verordnet bzw. eingenommen? Welche? Wann? Wie lange? <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Erfolgt in den letzten 5 Jahren Operationen, Krankenhaus- bzw. Kuraufenthalte oder haben Sie einen Unfall, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten? Körpergröße in cm <input type="text"/> Gewicht in kg <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bitte machen Sie nähere Angaben, falls eine der Fragen mit Ja beantwortet wurde (z. B. Art, Schwere, Dauer, Art und Umfang der Behandlungen, Folgen, Arbeitsunfähigkeits-Zeiten, Name und Anschrift des behandelnden Arztes). | | |
| Haben Sie zu diesem Zweck Beiblätter beigefügt? Anzahl <input type="text"/> | | |
| Name, Anschrift und Fachrichtung des Arztes, der am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse unterrichtet ist (Name, Ort, Straße, Hausnummer): <input type="text"/> | | |

| Frage Nr. | Krankheiten, Beschwerden, Ursache der Erwerbsminderung usw. | Art der Behandlung (z. B. Operation, Bestrahlung), bestehen Folgen? | Beginn/Ende von Krankheit, Behandlung, Krankenhausaufenthalt, Arbeitsunfähigkeit usw. | Name und Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser, Heilstätten, Gesundheitsämter u. ä. |
|-----------|---|---|---|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | |
|------------|--------------------------------------|
| Ort, Datum | Unterschrift der versicherten Person |
|------------|--------------------------------------|

Service-Hinweis: Bei Antragstellung kann auf die nochmalige Beantwortung der "Erklärungen der versicherten Person" und der "Angaben zum Gesundheitszustand" verzichtet werden, wenn dies Antrag unter "Sonstige Vereinbarungen" folgender Vermerk gemacht wird: **"Keine Veränderung der Angaben zu den Erklärungen der versicherten Person und der Angaben zum Gesundheitszustand seit Risikovorfrage vom: _____ (Datum) mit der Vorabnummer : _____ (Nummer)"**

| | | |
|--|---------------|----------------------|
| Risikovorfrage zur GesundBU® für: | | Seite 3 von 3 |
| Vorname, Name: | Geburtsdatum: | |