



Medizinische Risiko-Voranfrage

I. Absender – Kontaktdaten

Vermittler (Name, Firma) Filialdirektion

Vermittlernummer Versicherungsvermittler-Register-Nr.

Telefon Fax

E-Mail

Ort Datum Unterschrift des Vermittlers

II. Voranfrage für folgende Person

Herr Frau Titel Name, Vorname, Geburtsdatum

III. Gewünschter Versicherungsschutz

bei Voranfragen max. 300.000 Euro Todesfallschutz bzw. 30.000 Euro jährliche Berufsunfähigkeitsrente

Hauptversicherung - Todesfallschutz

Berufsunfähigkeits(-Zusatz)versicherung

Tarif Versicherungssumme

Berufsunfähigkeitsrente (BU-Rente pro Jahr)

€

€

IV. Angaben zur zu versichernden Person

Hinweis: Wir bitten Sie, jede Frage genau und vollständig zu beantworten. Nur so ist es möglich eine möglichst verlässliche Einschätzung abzugeben.

A. Berufliche Tätigkeit

Zutreffendes bitte ankreuzen

selbstständig

ja nein

1. Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

ja nein

2. Sind Sie überwiegend körperlich tätig (zu mehr als 50%)?

B. Fragen zur persönlichen Situation

1. Sind Sie Raucher?

ja nein

2. Besteht ein körperliches Gebrechen, ein Organfehler, eine angeborene Erkrankung, eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB)? Wenn ja, aufgrund welchen Leidens? (Bitte Kopie des Bescheids und der Unterlagen über Art der Rente und Erkrankung beifügen)

ja nein

3. Beziehen bzw. bezogen Sie eine Rente aus gesundheitlichen Gründen oder wegen eines Unfalls oder ist eine Rente aus gesundheitlichen Gründen beantragt? (Bitte Kopie des Bescheids und der Unterlagen über Art der Rente und der Erkrankung beifügen)

ja nein

Wenn ja: Aufgrund welchen Leidens?

4. Körpergröße in cm

Gewicht in kg

Medizinische Risiko-Voranfrage

C. Einschätzung anhand beiliegender Befunde alternativ oder ergänzend:

Bitte höchstens 10 Befunde beifügen - keine Röntgen- oder MRT-Bilder!

Fragen zur gesundheitlichen Situation (Wenn eine der Gesundheitsfragen mit Ja beantwortet wird, bitte unter D. angeben)

Hinweis: Bitte geben Sie bei den folgenden Fragen sämtliche Beschwerden und Krankheiten an. Die aufgeführten Beispiele dienen nur der Veranschaulichung. Sie sind nicht abschließend.

- 1. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt? ja nein
- 2. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 10 Jahre Betäubungsmittel oder Drogen ein? ja nein
- 3. Werden oder wurden Sie innerhalb der letzten 10 Jahre wegen der Folgen des Konsums von Alkohol, Betäubungsmittel oder Drogen beraten oder behandelt? ja nein
- 4. Haben Sie innerhalb der letzten 10 Jahre einen Selbsttötungsversuch* unternommen? ja nein
- 5. Haben in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche derzeit ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? ja nein
- 6. Sind Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte, Heilbehandler, Therapeuten oder Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Psychologen, Krankengymnasten, Heilpraktiker, Psycho-/Physiotherapeuten) untersucht, behandelt oder beraten worden wegen Erkrankungen, Störungen oder Unfallfolgen:
 - a) des Herzens oder des Kreislaufs (z. B. Hypertonie [Bluthochdruck], Herzinfarkt, Venenleiden, Thrombose, Schlaganfall)? ja nein
 - b) der Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z. B. chronische Bronchitis, Asthma*, Atemwegsprobleme)? ja nein
 - c) an Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber (z. B. Magengeschwür, erhöhte Leberwerte)? ja nein
 - d) an Harn- und Geschlechtsorganen (z. B. Nieren, Blase, Prostata, Unterleib, Brust)? ja nein
 - e) des Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhung, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse*)? ja nein
 - f) der Blut bildenden Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Anämie, Leukämie)? ja nein
 - g) akute oder chronische Infektionen (z. B. Malaria, Hepatitis, Borreliose)? ja nein
 - h) der Psyche* (z. B. Angststörung, Erschöpfungssyndrom und psychosomatische Störung, Burn-Out-Syndrom, Depression, Essstörung)? ja nein
 - i) des Gehirns oder Nervensystems (z. B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Migräne*)? ja nein
 - j) der Wirbelsäule*, Bandscheibe (z. B. Hexenschuss, Ischias, Bandscheibenvorfall, Wirbelsäulenverkrümmung)? ja nein
 - k) der Knochen, Gelenke*, Bänder*, Sehnen*, (z. B. Verschleißerkrankung, rheumatische Beschwerden oder Knieverletzung)? ja nein
 - l) der Haut*, Allergien* (z. B. Heuschnupfen, Neurodermitis, [Kontakt-]Ekzem, Schuppenflechte)? ja nein
 - m) der Augen: Kurz- oder Weitsichtigkeit von mehr als 7 Dioptrien? ja nein
 - andere (z. B. Sehstörung, Astigmatismus, erhöhter Augendruck, grauer/grüner Star)? ja nein
 - n) der Ohren (z. B. Tinnitus, vermindertes Hörvermögen)? ja nein
- 7. Sind oder waren Sie - außer wegen den in 1 bis 6n angegebenen Beschwerden, Krankheiten - innerhalb der letzten 5 Jahre in ambulanter Behandlung von Ärzten, Heilbehandlern, Therapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Psychologen, Krankengymnasten, Heilpraktikern, Psycho-/Physiotherapeuten)? ja nein
- 8. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren in festen zeitlichen Abständen (z. B. täglich, monatlich oder vierteljährlich) apothekenpflichtige Arzneimittel zu sich? ja nein
- 9. Waren Sie in den letzten 3 Jahren mehr als 10 Kalendertage ununterbrochen erkrankt/arbeitsunfähig? ja nein
- 10. Bestehen oder bestanden bei Ihnen darüber hinaus in den letzten 12 Monaten Gesundheitsstörungen oder Beschwerden, ohne einen Arzt oder anderen Behandler aufzusuchen? Hierzu zählen z.B. Engegefühl im Brustraum, Atemnot, Ohnmacht, Gleichgewichtsstörung, Sehstörung, Blut im Stuhl, Erschöpfungszustand, Angstzustand, wiederkehrender Schmerzzustand ungeklärter Ursache. ja nein

* Wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen Psyche berücksichtigen

* Wenn ja, bitte zusätzlich Fragebogen berücksichtigen

links rechts

D. Wenn eine der Gesundheitsfragen (C.) mit Ja beantwortet wird, sind Angaben zu Art und Dauer der Erkrankung, Untersuchung, Behandlung, Ergebnis der Untersuchung bzw. Behandlung sowie die Arzt-/Heilbehandler-Anschrift erforderlich. Ausführliche Erläuterungen ersparen Rückfragen.

Zu Frage Nr.	Weswegen? Bitte geben Sie an: Art, Verlauf, Folge, z. B. Krankheit, Verletzung, Ergebnis der Untersuchung?	Wann? Wie oft? Wie lange? <u>Ausgeheilt? Folgen noch vorhanden?</u>	Name der behandelnden Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Kuranstalten mit Anschrift

Da der zur Verfügung stehende Platz nicht ausreicht, ist ein gesondertes Blatt beigefügt, das vom Versicherungsnehmer/in und der zu versichernden Person unterschrieben ist.

V. Kundenunterschrift

Ort _____ Datum _____ Unterschrift des Kunden _____

Medizinische Risiko-Voranfrage

Im Falle einer geplanten Antragstellung:

Ich bestätige, die obigen Angaben nach bestem Wissen vollständig und der Wahrheit entsprechend gemacht zu haben. Für die Richtigkeit der Angaben bin ich verantwortlich, auch wenn ich den Fragebogen nicht selbst ausgefüllt habe.

Mitteilung zu den Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG

Wir weisen Sie darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn Sie uns falsche oder unvollständige Angaben machen. Die Rechtsfolgen richten sich nach dem Grad Ihres Verschuldens. Bei einer vorsätzlichen Anzeigepflichtverletzung besteht ein Rücktrittsrecht. Ein solches besteht auch im Falle einer grob fahrlässigen Anzeigepflichtverletzung, es sei denn, bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände wäre der Vertrag mit anderen Bedingungen geschlossen worden; in diesem Fall werden diese auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Liegt weder eine vorsätzliche noch grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vor, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, es sei denn, der Vertrag wäre bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände mit anderen Bedingungen geschlossen worden; in diesem Fall werden diese auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil, bei einer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode.

Unsere Leistungspflicht bei einem bereits eingetretenen Leistungsfall kann damit ausgeschlossen sein.

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers
