

KUNDENDATEN

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Geschlecht

PLZ / Wohnort

Staatsangehörigkeit

eMail

Familienstand

Telefon / Mobiltelefon

Anzahl der Kinder im Haushalt

BESTEHENDER VERSICHERUNGSSCHUTZ

Versicherungsgesellschaft

BU Rente (monatlich)

Versicherungsbeginn / Versicherungsende

Zahlbeitrag (Nettobeitrag) €

Leistungsdauer bis (Endalter)

Tarifbeitrag (Bruttobeitrag) €

Bleibt die Versicherung bestehen? ja nein

GEWÜNSCHTER VERSICHERUNGSSCHUTZ

Versicherungsbeginn

bis Endalter

BU Rente (monatlich)

ANGABEN ZUM BERUF

Berufsbezeichnung

Branche / ggf. Studienfachrichtung

- Beschäftigung:
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vollzeit | <input type="checkbox"/> Teilzeit - Std. pro Woche: _____ | <input type="checkbox"/> Saisonarbeit |
| <input type="checkbox"/> Angestellte/r | <input type="checkbox"/> Selbständige/r / Freiberufler/in | <input type="checkbox"/> Auszubildende/r |
| <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann | <input type="checkbox"/> Student/in | <input type="checkbox"/> Schüler/in |
| <input type="checkbox"/> Beamte/r auf Lebenszeit | <input type="checkbox"/> Beamte/r auf Widerruf / Probe | |

RISIKOVORANFRAGEBOGEN VON

Name, Vorname

DETAILFRAGEN ZUM BERUF

1. Streben Sie aus medizinischen Gründen einen Arbeitsplatzwechsel an bzw. haben Sie jemals deshalb den Arbeitsplatz gewechselt oder eine Tätigkeit aufgegeben? ja nein

Wenn ja, welche Erkrankung? _____

2. Sind Sie in Ihrer Tätigkeit besonderen Gefahren ausgesetzt? ja nein

Wenn ja, welchen? _____

3. Anteil Bürotätigkeit in % _____ Anteil körperlicher Tätigkeit in % _____ Anteil sonstige Tätigkeit in % _____

4. Jahreseinkommen der letzten drei Jahre

20__ : _____ Brutto Netto 20__ : _____ Brutto Netto 20__ : _____ Brutto Netto

ALLGEMEINE FRAGEN

5. Sind Sie Raucher? ja nein

Wenn ja, was genau rauchen Sie und wieviel? _____

6. Betreiben Sie in Ihrer Freizeit gefährliche Sportarten (Tauchen, Motorsport, Kampfsport, Reiten etc.)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

7. Ist in den nächsten 12 Monaten ein Auslandsaufenthalt von mehr als 3 Monaten geplant? ja nein

Wenn ja, in welches Land / welche Region? _____

Von wann bis wann ist der Aufenthalt geplant und aus welchem Anlass? _____

8. Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Anträge bei Lebensversicherungsgesellschaften zu erschwerten Bedingungen (z.B. Zuschläge, Leistungsausschlüsse) angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt? ja nein

Wenn ja, bei welcher Versicherungsgesellschaft? _____

Art der Versicherung? _____ Art der Erschwerung? _____

Aus welchem Grund? _____ Höhe der Versicherungssumme? _____

RISIKOVORANFRAGEBOGEN VON

Name, Vorname

GESUNDHEITSFragen

Körpergröße in cm: _____ Körpergewicht in kg: _____

Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten drei Jahren geändert? ja nein

Wenn ja, wieviel kg haben Sie abgenommen _____? Wenn ja, wieviel kg haben Sie zugenommen _____?

1. Haben innerhalb der letzten 10 Jahre Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte und/oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? ja nein

Wenn ja, welchen? _____

2. Sind Sie in den letzten 5 Jahren von Ärzten, Heilpraktikern oder anderen Therapeuten untersucht, beraten oder behandelt worden oder sind solche Maßnahmen derzeit vorgesehen wegen:

a) Herz- oder Kreislauforgane / Gefäße (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Venenleiden, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Rhythmusstörungen, Krampfadern)? ja nein

b) Atmungsorgane, Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z.B. chronische oder wiederholte Bronchitis, Asthma, Atemwegsprobleme, Lungenentzündung, Schlafapnoe)? ja nein

c) Verdauungsorgane, Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber (z.B. Magengeschwür, erhöhte Leberwerte, Fettleber, Sodbrennen, Verdauungsstörungen)? ja nein

d) Niere, Blase, Prostata, Geschlechtsorgane (z.B. Nierensteine, Nierenentzündung, Zysten)? ja nein

e) Stoffwechsel, Drüsen (z.B. Diabetes, erhöhte Cholesterinwerte, Harnsäureerhöhung, Gicht, Triglyceriderhöhung, Funktionsstörung der Schilddrüse)? ja nein

f) Blut, Milz (z.B. Anämie, Leukämie, Durchblutungsstörung, Blutgerinnungsstörung, Hämorrhoiden)? ja nein

g) akute oder chronische Infektionen (z.B. Malaria, Hepatitis, Borreliose, Gürtelrose, Pfeiffersches Drüsenfieber)? ja nein

h) Gehirn, Nervensystem, Rückenmark (z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Migräne, Bewusstseinsverlust, Parkinson, Alzheimerkrankheit, Lähmungen, Nervenentzündung)? ja nein

i) Psyche (z.B. Angststörungen, Erschöpfungssyndrom, psychosomatische Störung, Burn-Out-Syndrom, Depression, Essstörung, Suizidversuch, chronische Müdigkeit, Nervenzusammenbruch, Schizophrenie, Hyperaktivität, ADHS, Trauerverarbeitung)? ja nein

j) Wirbelsäule, Bandscheibe, Rücken (z.B. Hexenschuss, Ischias, Bandscheibenvorfall, WS-Syndrom, Wirbelsäulenverkrümmung, Rückenschmerzen, Verspannung)? ja nein

RISIKOVORANFRAGEBOGEN VON

Name, Vorname

FORTSETZUNG – GESUNDHEITSFragen

- k) Knochen, Gelenke, Bänder, Sehnen (z.B. Knochenbrüche, Gelenkverschleiß, Arthrose, rheumatische Beschwerden, Meniskusschaden, Bänderrisse, Sehnenscheiden- oder Schleimbeutelentzündung, Muskelschwund)? ja nein
- l) Brustdrüsen (z.B. knotige Veränderungen, Entzündungen)? ja nein
- m) Haut, Allergien (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Ekzem, Schuppenflechte, Tierhaare)? ja nein
Bei Muttermal- / Leberfleckentfernung gutartig bösartig
- n) Augen (z.B. Sehstörungen, Fehlsichtigkeit, erhöhter Augendruck, grauer/grüner Star, Netzhautablösung, Laserbehandlung)? ja nein
 kurzsichtig weitsichtig / Dioptrien links: _____, Dioptrien rechts: _____
- o) Ohren (z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen, Schwindel)? ja nein
- p) Wurde eine HIV-Infektion festgestellt bzw. steht ein Ergebnis aus? ja nein
- q) Behandlung des Konsums von Betäubungsmitteln, Drogen oder Alkohol innerhalb der letzten 10 Jahre? ja nein
- r) Tumorerkrankungen innerhalb der letzten 5 Jahre (z.B. Krebs, Zysten)? ja nein
- s) Waren Sie in den letzten 3 Jahren länger als 14 Tage zusammenhängend krank geschrieben? ja nein
- t) Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren in festen zeitlichen Abständen apothekenpflichtige /verschreibungspflichtige Arzneimittel zu sich? ja nein
- u) Waren Sie vor mehr als 5 Jahren aber innerhalb von 10 Jahren wegen psychischer Erkrankungen in Behandlung? ja nein
- v) Bestehen angeborene körperliche oder geistige Beeinträchtigungen, Behinderungen oder Störungen? ja nein
 anerkannte Schwerbehinderung Grad der Behinderung in %: _____
 Erwerbsminderung Minderung des Erwerbs in %: _____ seit _____
 Pflegebedürftigkeit Pflegegrad: _____ seit _____
 Wehrdienstbescheinigung (WDB)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner gemachten Angaben und stimme der Verwendung und Speicherung meiner Daten durch die BU Experten gemäß der Datenschutzvereinbarung zu.

Ort, Datum, Unterschrift

RISIKOVORANFRAGEBOGEN VON

Name, Vorname

Bitte machen Sie hier genauere Angaben zu den im Abschnitt Gesundheitsfragen positiv beantworteten Fragen. Fügen Sie bitte die entsprechenden Zusatz-Fragebögen (falls für das Krankheitsbild vorhanden) und zwingend alle vorhandenen Dokumente (z.B. Arztberichte, OP-Berichte, Krankenhausentlassungsberichte) bei.

zu Frage: _____

Diagnose, Beschwerden, Folgen

Wann, wie lange, wie häufig?

Medikation, Behandlung

Beschwerdefreiheit ja, seit _____ nein:

RISIKOVORANFRAGEBOGEN VON

Name, Vorname

Bitte machen Sie hier genauere Angaben zu den im Abschnitt Gesundheitsfragen positiv beantworteten Fragen. Fügen Sie bitte die entsprechenden Zusatz-Fragebögen (falls für das Krankheitsbild vorhanden) und zwingend alle vorhandenen Dokumente (z.B. Arztberichte, OP-Berichte, Krankenhausentlassungsberichte) bei.

zu Frage: _____

Diagnose, Beschwerden, Folgen

Wann, wie lange, wie häufig?

Medikation, Behandlung

Beschwerdefreiheit ja, seit _____ nein:

RISIKOVORANFRAGEBOGEN VON

Name, Vorname

Bitte machen Sie hier genauere Angaben zu den im Abschnitt Gesundheitsfragen positiv beantworteten Fragen. Fügen Sie bitte die entsprechenden Zusatz-Fragebögen (falls für das Krankheitsbild vorhanden) und zwingend alle vorhandenen Dokumente (z.B. Arztberichte, OP-Berichte, Krankenhausentlassungsberichte) bei.

zu Frage: _____

Diagnose, Beschwerden, Folgen

Wann, wie lange, wie häufig?

Medikation, Behandlung

Beschwerdefreiheit ja, seit _____ nein:

WICHTIGE INFORMATIONEN ZUM EINREICHEN / UPLOAD IHRER FORMULARE !

> **Nutzen Sie bitte unsere kostenlose simplr App zum Upload Ihrer Formulare.**
simplr ist das Serviceportal Ihres Versicherungsmaklers.

Mit der dauerhaft kostenlosen simplr App können Sie Ihre Versicherungsverträge auf dem Computer oder Handy verwalten und haben ständigen, digitalen Zugriff.

Mit simplr können Sie:

- jederzeit und von überall aus alle Dokumente einsehen
- alle Verträge sehen und verwalten
- mit den kostenlosen Vergleichsrechner Ihre Versicherungen prüfen
- Schäden melden
- Ihre Kontaktdaten ganz einfach bei allen Versicherungen aktualisieren

Wir möchten Sie bitten, die für Ihre Anfrage notwendigen Dokumente über die simplr App hochzuladen.

Ihren Zugang und alle wichtigen Informationen bekommen Sie über diesen Link: www.bu-experten.de/simplr-app

Bei Fragen können Sie sich natürlich auch gern per eMail: service@bu-experten.de an uns wenden.

