

# BU-Risikovorfrage (Formblatt zum Einreichen bei der Gesellschaft)



Senden Sie bitte Ihre BU-Voranfrage direkt per Mail an die gewünschten Gesellschaften, um so schnellstmöglich und direkt die Antworten auf Ihre Anfrage zu erhalten.

Maklerdaten

## Antwort zu der BU-Risikovorfrage an:

Name: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Kundendaten

## Zu versichernde Person:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm    Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Gewünschte BU-Rente: \_\_\_\_\_ EUR    Endalter: \_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Student                    | <input type="checkbox"/> Angestellter               |
| <input type="checkbox"/> Schüler                    | <input type="checkbox"/> Beamter auf Probe/Widerruf |
| <input type="checkbox"/> Auszubildender             | <input type="checkbox"/> Beamter auf Lebenszeit     |
| <input type="checkbox"/> Selbständiger/Freiberufler | <input type="checkbox"/> Hausfrau                   |

Allgemeine Angaben

## Allgemeine Fragen BU-Voranfrage:

Raucher (Konsum von Tabak in den letzten 12 Monaten):  ja  nein

Betreibt Ihr Kunde in seiner Freizeit gefährliche Sportarten/Hobbies?  
(z. B. Tauchen, Reiten, Flugsport, Motorsport, Bergsport, Kampfsport, Wassersport)  ja  nein

**Wenn ja, bitte unbedingt Zusatzfragebogen des Risikos beifügen!**

Ist in den nächsten 12 Monaten ein Auslandsaufenthalt von mehr als 3 Monaten im außereuropäischen Ausland geplant? (bei Generali nicht relevant)  ja  nein

**Wenn ja, wohin und wie lange?** \_\_\_\_\_

Gesundheitsangaben

## Gesundheitsfragen BU-Voranfrage:

- Sind oder waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre in ambulanter Behandlung von Ärzten, Heilpraktikern, Therapeuten? (auch Krankengymnasten)  ja  nein
- Sind oder waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre\* in psychologischer Behandlung?  
\* 10 Jahre bei Continentale, HDI Gerling, Helvetia, LV1871, Volkswohl Bund, WWK  ja  nein
- Haben in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche derzeit ärztlich empfohlen oder beabsichtigt?  
\* 5 Jahre bei Condor, Continentale, Generali, Nürnberger, Stuttgarter  ja  nein

# BU-Risikovorfrage (Formblatt zum Einreichen bei der Gesellschaft)

Gesundheits-  
angaben

## Gesundheitsfragen BU-Voranfrage:

4. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden:
- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| a) des Herzens , des Kreislaufs, der Arterien, oder der Venen (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Arterienverkalkung, Herzklappenfehler, Rhythmusstörung, Schlaganfall, Durchblutungsstörung, Thrombose, Krampfadern, Venenleiden)?                         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| b) der Atmungsorgane, Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z.B. chronische Bronchitis, Asthma, Atemwegsprobleme, Lungenentzündung, Tuberkulose, Emphysem, Schlafapnoe)?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| c) der Verdauungsorgane, Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber (z.B. Magengeschwür, erhöhte Leberwerte, Fettleber, Sodbrennen, wiederkehrende Durchfälle/Verdauungsstörungen, Speiseröhrenvarizen, oder -entzündung)?                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| d) an Harn- und Geschlechtsorganen (z.B. Nieren, Blase, Prostata, Unterleib, Brust, Eierstöcke, Gebärmutter, Zysten)?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| e) des Stoffwechsels und Drüsen (z.B. Diabetes, Blutfetterhöhung, Gicht, Harnsäureerhöhung, Cholesterinerhöhung, Triglyceriderhöhung, Funktionsstörung der Schilddrüse)?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| f) des Blutes, der Milz (z.B. Anämie, Leukämie, Duchblutungsstörung, Blutgerinnungsstörung, Hämorrhiden)?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| g) akute oder chronische Infektionen (z.B. Malaria, Hepatitis, Borreliose, Gürtelrose, Pfeiffersches Drüsenfieber)?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| h) des Gehirns, Nervensystems, Rückenmarks (z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Migräne, Bewusstseinsverlust, Parkinson-/Alzheimer-Krankheit, Lähmungen, Nerventzündung)?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| i) der Psyche* (z.B. Angststörung, Erschöpfungssyndrom und psychosomatische Störung, Burn-Out-Syndrom, Depression, Essstörung, Suizidversuch, chronische Müdigkeit, Magersucht, Nervenzusammenbruch, Schizophrenie, Hyperaktivität)? *10 Jahre bei Zurich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| j) der Wirbelsäule, Bandscheibe, des Rückens (z.B. Hexenschuss, Ischias, Bandscheibenvorfall, WS-Syndrom, Wirbelsäulenverkrümmung, Rückenschmerzen, Verspannungen)?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| k) der Knochen, Gelenke, Bänder, Sehnen (z.B. Gelenkverschleiß, Arthrose, Knochenbrüche, rheumatische Beschwerden, Meniskusschaden, Bänderrisse, Sehnnenscheiden-, oder Schleimbeutelentzündung, Muskelschwund)?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| l) der Haut, Allergien (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, (Kontakt-)Ekzem, Schuppenflechte, Lebensmittelallergie)?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| m) der Augen (z.B. Sehstörung, Fehlsichtigkeit, mehr als 6 Dioptrien, erhöhter Augendruck, grauer/grüner Star, Netzhautablösung, Laserbehandlung)?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| n) der Ohren (z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen, Schwindel)?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
5. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt?  ja  nein
6. Wurde in den letzten 5 Jahren\* eine Tumorerkrankung festgestellt ? (Krebs, Tumore, Zysten, Geschwülste)  
\*10 Jahren bei Continentale, Helvetia, WWK, Zurich  ja  nein
7. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 10 Jahre\* Betäubungsmittel, Drogen oder Alkohol ein, oder wurden Sie wegen der Folgen des Konsums von Alkohol, Betäubungsmittel oder Drogen beraten oder behandelt?  
\*5 Jahre bei Alte Leipziger, AXA, Condor, Dialog, Generali, Hanse Merkur, Nürnberger, Stuttgarter, Volkswohl Bund  ja  nein
8. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren\* in festen zeitlichen Abständen (z.B. täglich, monatlich oder viertel-jährlich) apothekenpflichtige Arzneimittel zu sich?  
\*1 Jahr bei Gothaer und Nürnberger; 2 Jahren bei Condor und Württembergische; 10 Jahre bei Continentale; nicht gefragt bei AXA, Gothaer, Hanse Merkur, Helvetia, Zurich  ja  nein
9. Bestehen angeborene körperliche oder geistige Beeinträchtigungen, Behinderungen oder Störungen?  ja  nein
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> anerkannte Schwerbehinderung | <input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung |
| <input type="checkbox"/> Erwerbsminderung             | <input type="checkbox"/> Pflegebedürftigkeit    |

### Notizen:

Frage	Diagnose, Beschwerden, evtl. Folgen	Wann, wie oft, wie lange?	Behandlung / Medikation	beschwerdefrei seit