

Anfrage zur Berufsunfähigkeitsversicherung / Privaten Krankenversicherung

Allgemeine Angaben

Vorname:		Berufsbezeichnung:			
Nachname:		Monatliches Bruttoeinkommen:		Monatliches Nettoeinkommen:	
Geburtsdatum:		Gewünschte monatliche BU-Höhe:		Gewünschte monatliche KT-Höhe:	

Fragen zum Gesundheitszustand

Größe:cm	Gewicht:kg	BMI:0,0	Sind Sie Raucher (Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeife, E-Zigaretten, E-Zigarre, E-Pfeife)?	Nein ☐	Ja ☐	
Sind Sie Brillenträger?		Nein ☐	Ja ☐	Dioptrien links:		Dioptrien rechts:
Sind Sie im Beruf oder in der Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt? Falls ja, welchen?					Nein ☐	Ja ☐

Zusätzliche Anmerkungen:

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person

Anfrage zur Berufsunfähigkeitsversicherung / Privaten Krankenversicherung

Fragen zum Gesundheitszustand

Geben Sie bitte ab Seite 6 Einzelheiten zu den Fragen an, die Sie im Folgenden mit „ja“ beantworten.

Leiden oder litten Sie in den letzten zehn Jahren an

Allergien (z. B. Heuschnupfen)	Nein ☐ Ja ☐	Asthma / Asthma bronchiale	Nein ☐ Ja ☐
Diabetes mellitus (Typ I, Typ II)	Nein ☐ Ja ☐	Herpes	Nein ☐ Ja ☐
Bluthochdruck	Nein ☐ Ja ☐	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Nein ☐ Ja ☐
Schilddrüsenerkrankungen	Nein ☐ Ja ☐	Hauterkrankungen / Schuppen / Schuppenflechte / Neurodermitis	Nein ☐ Ja ☐
Magen-/Darmerkrankungen	Nein ☐ Ja ☐	Kopfschmerzen / Migräne	Nein ☐ Ja ☐
Krebserkrankung	Nein ☐ Ja ☐	Psychische Erkrankungen / Depressionen	Nein ☐ Ja ☐

Leiden oder litten Sie in den letzten zehn Jahren an

Fertilisationsstörungen	Nein ☐ Ja ☐	Sonstige Erkrankungen	Nein ☐ Ja ☐
-------------------------	---	-----------------------	---

Bestehen oder bestanden in den letzten zehn Jahren

Anomalien, Fehlstellungen oder Fehlbildungen	Nein ☐ Ja ☐	Unfallfolgen, Verletzungen oder Vergiftungen	Nein ☐ Ja ☐
--	---	--	---

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person

Anfrage zur Berufsunfähigkeitsversicherung / Privaten Krankenversicherung

Fragen zum Gesundheitszustand

Haben Sie Körperimplantate oder Prothesen?	Nein ☐	Ja ☐
--	----------------------------	--------------------------

Haben Sie jemals einen Selbsttötungsversuch unternommen oder sich eine vorsätzliche Selbstverletzung zugefügt?	Nein ☐	Ja ☐
--	----------------------------	--------------------------

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	Nein ☐	Ja ☐
--	----------------------------	--------------------------

Haben oder hatten Sie in den letzten zehn Jahren Beschwerden oder Krankheiten an

Rücken	Nein ☐	Ja ☐	Wirbelsäule	Nein ☐	Ja ☐
--------	----------------------------	--------------------------	-------------	----------------------------	--------------------------

Bandscheibe(n)	Nein ☐	Ja ☐	Nacken	Nein ☐	Ja ☐
----------------	----------------------------	--------------------------	--------	----------------------------	--------------------------

Liegen folgende Beeinträchtigungen vor?

Liegen Beschwerden oder Krankheiten bei folgenden Sinnesorganen vor?

Skoliosen	Nein ☐	Ja ☐	Augen	Nein ☐	Ja ☐
-----------	----------------------------	--------------------------	-------	----------------------------	--------------------------

Beinlängenverkürzung	Nein ☐	Ja ☐	Ohren	Nein ☐	Ja ☐
----------------------	----------------------------	--------------------------	-------	----------------------------	--------------------------

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben. Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.		
Datum der Antragstellung	Ort	Unterschrift versicherte Person

Anfrage zur Berufsunfähigkeitsversicherung / Privaten Krankenversicherung

Fragen zum Gesundheitszustand

Wurden <u>in den letzten zehn Jahren</u> folgende Behandlungen durchgeführt?									
Massagen	Nein	☐	Ja	☐	Gesprächstherapie	Nein	☐	Ja	☐
Krankengymnastik	Nein	☐	Ja	☐	Psychotherapie	Nein	☐	Ja	☐
Akupunktur	Nein	☐	Ja	☐	Physiotherapie	Nein	☐	Ja	☐
Schmerztherapie	Nein	☐	Ja	☐	Sonstige	Nein	☐	Ja	☐

Familienplanung

Liegt eine Schwangerschaft vor?				Nein	☐	Ja	☐			
Falls eine Schwangerschaft vorliegt, bei welcher Person liegt diese vor?	versicherte Person	Nein	☐	Ja	☐	Ehefrau/Lebensgefährtin	Nein	☐	Ja	☐
Besteht das Verlangen einer Kinderwunschbehandlung in Form einer künstlichen Befruchtung?							Nein	☐	Ja	☐
Wurden bereits Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung unternommen?	Nein	☐	Ja	☐	Falls ja, wie viele künstliche Befruchtungen wurden bereits durchgeführt?		Anzahl:			
Besteht bei Ihnen eine Fruchtbarkeitsstörung oder Sterilität?	Nein	☐	Ja	☐	Falls ja, wird oder wurde aufgrund dessen eine ärztliche Beratungen wegen unerfülltem Kinderwunsch in Anspruch genommen?		Nein	☐	Ja	☐

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben. Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.		
Datum der Antragstellung	Ort	Unterschrift versicherte Person

Anfrage zur Berufsunfähigkeitsversicherung / Privaten Krankenversicherung

Fragen zum Gesundheitszustand

Mund-, Zahn- und Kieferbehandlungen			
Besteht eine Mund- / Zahnerkrankung?	Nein ☐ Ja ☐	Fehlen Zähne (außer Weisheitszähne) die noch nicht ersetzt sind?	Nein ☐ Ja ☐
Besteht Zahnersatz (Brücken, Kronen) oder ist eine solche Zahnbehandlung notwendig, vorgesehen oder angeraten?	Nein ☐ Ja ☐	Falls ja, wie viele Zähne wurden bzw. müssen ersetzt werden?	Anzahl:
Liegt eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung vor?	Nein ☐ Ja ☐	Falls ja, wurde Ihnen zu einer Zahnschiene bzw. zu einer kieferorthopädischen Behandlung geraten?	Nein ☐ Ja ☐
Liegt eine Parodontose vor oder ist eine Parodontose-behandlung notwendig, vorgesehen oder angeraten ?	Nein ☐ Ja ☐	Ist ein Austausch von Amalgamfüllungen notwendig, vorgesehen oder angeraten?	Nein ☐ Ja ☐
Bestehen derzeit laufende Zahnbehandlungen? Hierzu zählen auch kieferorthopädische Behandlungen.	Nein ☐ Ja ☐	Wann fand der letzte Zahnarztbesuch statt? Bitte (sofern bekannt) Datum angeben.	

Notizen:

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben. Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.		
Datum der Antragstellung	Ort	Unterschrift versicherte Person

Anfrage zur Berufsunfähigkeitsversicherung / Privaten Krankenversicherung

Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand

Nachname:

Vorname:

Bitte geben Sie zu allen mit „ja“ beantworteten Fragen alle Beschwerden, Krankheiten, Beeinträchtigungen, Unfallfolgen, Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen, inklusive der Einzelheiten und Diagnosen an. Falls Ihnen Befundberichte, Krankenhausentlassungsberichte, Bluttests, Laborberichte, ärztliche Gutachten, Allergiepass, Heil- und Kostenpläne oder sonstige Unterlagen hierzu vorliegen, bitte beifügen.

Beschwerden, Krankheiten, Beeinträchtigungen, Unfallfolgen, Beratungen, Behandlungen, Diagnosen	ICD - 10 Code (sofern bekannt)	Zeitraum (wann, von - bis)	ambulant oder stationär	Medikation (Arzneimittel, Dosierung, Zeitraum von - bis)	Erkrankung folgenlos ausgeheilt?		Anzahl AU-Tage (voraussichtlich)	Name und Anschrift Behandler inklusive Fachrichtung, Einrichtung (z. B. Krankenhaus, Notfallambulanz)	Anlagen (z.B. Befunde)	
					Bitte ankreuzen				Bitte ankreuzen	
					ja	nein			ja	nein
					☐	☐			☐	☐
					☐	☐			☐	☐
					☐	☐			☐	☐

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben. Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person

Anfrage zur Berufsunfähigkeitsversicherung / Privaten Krankenversicherung

Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand

Nachname:

Vorname:

Bitte geben Sie zu allen mit „ja“ beantworteten Fragen alle Beschwerden, Krankheiten, Beeinträchtigungen, Unfallfolgen, Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen, inklusive der Einzelheiten und Diagnosen an.
Falls Ihnen Befundberichte, Krankenhausentlassungsberichte, Bluttests, Laborberichte, ärztliche Gutachten, Allergiepass, Heil- und Kostenpläne oder sonstige Unterlagen hierzu vorliegen, bitte beifügen.

Beschwerden, Krankheiten, Beeinträchtigungen, Unfallfolgen, Beratungen, Behandlungen, Diagnosen	ICD - 10 Code (sofern bekannt)	Zeitraum (wann, von - bis)	ambulant oder stationär	Medikation (Arzneimittel, Dosierung, Zeitraum von - bis)	Erkrankung folgenlos ausgeheilt?		Anzahl AU-Tage (voraussichtlich)	Name und Anschrift Behandler inklusive Fachrichtung, Einrichtung (z. B. Krankenhaus, Notfallambulanz)	Anlagen (z.B. Befunde)	
					Bitte ankreuzen				Bitte ankreuzen	
					ja	nein			ja	nein
					☐	☐			☐	☐
					☐	☐			☐	☐
					☐	☐			☐	☐

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person

Anfrage zur Berufsunfähigkeitsversicherung / Privaten Krankenversicherung

Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand

Nachname:

Vorname:

Bitte geben Sie zu allen mit „ja“ beantworteten Fragen alle Beschwerden, Krankheiten, Beeinträchtigungen, Unfallfolgen, Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen, inklusive der Einzelheiten und Diagnosen an. Falls Ihnen Befundberichte, Krankenhausentlassungsberichte, Bluttests, Laborberichte, ärztliche Gutachten, Allergiepass, Heil- und Kostenpläne oder sonstige Unterlagen hierzu vorliegen, bitte beifügen.

Beschwerden, Krankheiten, Beeinträchtigungen, Unfallfolgen, Beratungen, Behandlungen, Diagnosen	ICD - 10 Code (sofern bekannt)	Zeitraum (wann, von - bis)	ambulant oder stationär	Medikation (Arzneimittel, Dosierung, Zeitraum von - bis)	Erkrankung folgenlos ausgeheilt?		Anzahl AU-Tage (voraussichtlich)	Name und Anschrift Behandler inklusive Fachrichtung, Einrichtung (z. B. Krankenhaus, Notfallambulanz)	Anlagen (z.B. Befunde)	
					Bitte ankreuzen				Bitte ankreuzen	
					ja	nein			ja	nein
					☐	☐			☐	☐
					☐	☐			☐	☐
					☐	☐			☐	☐

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben. Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person

Anfrage zur Berufsunfähigkeitsversicherung / Privaten Krankenversicherung

Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand

Nachname:

Vorname:

Bitte geben Sie zu allen mit „ja“ beantworteten Fragen alle Beschwerden, Krankheiten, Beeinträchtigungen, Unfallfolgen, Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen, inklusive der Einzelheiten und Diagnosen an. Falls Ihnen Befundberichte, Krankenhausentlassungsberichte, Bluttests, Laborberichte, ärztliche Gutachten, Allergiepass, Heil- und Kostenpläne oder sonstige Unterlagen hierzu vorliegen, bitte beifügen.

Beschwerden, Krankheiten, Beeinträchtigungen, Unfallfolgen, Beratungen, Behandlungen, Diagnosen	ICD - 10 Code (sofern bekannt)	Zeitraum (wann, von - bis)	ambulant oder stationär	Medikation (Arzneimittel, Dosierung, Zeitraum von - bis)	Erkrankung folgenlos ausgeheilt?		Anzahl AU-Tage (voraussichtlich)	Name und Anschrift Behandler inklusive Fachrichtung, Einrichtung (z. B. Krankenhaus, Notfallambulanz)	Anlagen (z.B. Befunde)	
					Bitte ankreuzen				Bitte ankreuzen	
					ja	nein			ja	nein
					☐	☐			☐	☐
					☐	☐			☐	☐
					☐	☐			☐	☐

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben. Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person

Anfrage zur Berufsunfähigkeitsversicherung / Privaten Krankenversicherung

Datenschutzerklärung

Datenschutz:

Hiermit stimme ich der Verwendung meiner Daten im Rahmen dieser Beratung ausdrücklich zu.
Die Daten werden dauerhaft im Rahmen der Aufbewahrungsfristen gespeichert.

Es kann notwendig sein, dass wir Ihre Angaben zum Gesundheitsstand zur Klärung an den Versicherer weitergeben müssen. **Bitte wählen Sie aus:**

- ☐ Sollte es für eine qualifizierte Beratung notwendig sein, meine Daten, die überlassenen ärztlichen Unterlagen und / oder Anlagen, meine Angaben zum Gesundheitszustand sowie den Inhalt des Fragebogens an Versicherer weiterzuleiten, erlaube ich dies ausdrücklich.
- ☐ Sollte es für eine qualifizierte Beratung notwendig sein, meine Daten, die überlassenen ärztlichen Unterlagen und / oder Anlagen, meine Angaben zum Gesundheitszustand sowie den Inhalt des Fragebogens an Versicherer weiterzuleiten, so möchte ich vorher kontaktiert werden.
Eine schriftliche Erlaubnis zur Weitergabe behalte ich mir vor. Ich weiß, dass dieser Erlaubnisvorbehalt die Bearbeitung verzögern und zu einem späteren Versicherungsschutz führen kann.

Ich kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen.

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.

Datum der Antragstellung	Ort	Unterschrift versicherte Person