

# Fragebogen Berufsunfähigkeitsversicherung

## Geschäftspartner/in

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname GP-Nr. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Telefon E-Mail \_\_\_\_\_

## Versicherungsnehmer/in

\_\_\_\_\_  
Name / Firma

\_\_\_\_\_  
Straße PLZ Ort \_\_\_\_\_

## Angaben zum Beruf

\_\_\_\_\_  
Beruf Berufsausbildung Höchste Schulbildung \_\_\_\_\_

Anteil kaufmännische Tätigkeit [%] \_\_\_\_\_ Personalverantwortung für wieviel Personen \_\_\_\_\_

Höhe der beabsichtigen BU-Rente \_\_\_\_\_ mit Endalter:  60 Jahre  65 Jahre  67 Jahre

## Erklärungen der versicherten Person

### Berufs- oder Freizeitrisiko

Sind Sie im Beruf oder in der Freizeit Gefahren ausgesetzt (z. B. Umgang mit explosiblen oder radioaktiven Stoffen, Motorsportaktivitäten, Fallschirmspringen, Flugsport einschließlich Gleitschirmfliegen oder Hängegleiten, Kampfsport, Tauchsport, Reitsport oder Bergsport ausgenommen Wandern)?

nein  ja, \_\_\_\_\_

### Auslandsaufenthalt

Sind in den nächsten 12 Monaten Auslandsaufenthalte von mehr als 3 Monaten Dauer oder in Krisengebieten (Erläuterung siehe Folgeseiten) vorgesehen? Wenn ja, wo, Zeitraum und Grund?

nein  ja, \_\_\_\_\_

## Angaben zum Gesundheitszustand

In Klammern sind einige Beispiele genannt, um Ihnen die Beantwortung der Fragen zu erleichtern. Es handelt sich nicht um eine vollständige Auflistung. Bitte geben Sie auch Sachverhalte an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. (Evtl. durchgeführte Gentests müssen hier nicht angegeben werden.)

### 1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden oder Funktionsstörungen

- a) des **Herzens**, **Kreislaufs**, der **Gefäße** (z. B. ärztlich festgestellter erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörung, Schlaganfall, Krampfadern, Durchblutungsstörungen, Thrombose)?  ja  nein
- b) der **Lunge**, **Bronchien**, **Luftröhre**, **Nase** (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Schlafapnoe)?  ja  nein
- c) der **Speiseröhre**, des **Magens**, **Darms**, der **Leber**, **Bauchspeicheldrüse**, **Galle**, **Milz** (z. B. Magengeschwür, Darmblutung, erhöhte Leberwerte)?  ja  nein
- d) der **Nieren**, **Harnwege**, **Geschlechtsorgane**, **Brust** (z. B. Nierenbeckenentzündung, Nierensteine, Zystennieren, Blut- oder Eiweißausscheidung)?  ja  nein
- e) des **Stoffwechsels**, **Blutes**, der **Lymphknoten**, **Schilddrüse** (z. B. Zuckerkrankheit, erhöhte Blutfettwerte, Gicht, Anämie, Leukämie)?  ja  nein
- f) des **Gehirns**, **Nervensystems** (z. B. Multiple Sklerose, Epilepsie, Migräne, Lähmung, chronische Schmerzen, Gangunsicherheit)?  ja  nein
- g) der **Knochen**, **Gelenke**, **Muskeln**, **Sehnen** oder **Bänder** sowie **Wirbelsäule**, **Bandscheiben** (z. B. Amputation, Bewegungseinschränkung, Gelenkfehlstellung, Meniskusrisso, Bandscheibenvorwölbung, Rheuma, Fibromyalgie)?  ja  nein
- h) der **Augen** (z. B. Linsentrübung, Augenfehlstellung, erhöhter Augendruck, Netzhauterkrankung, Keratokonus, Sehnerventzündung, Fehlsichtigkeit über 6 Dioptrien:  
links: \_\_\_\_\_ rechts: \_\_\_\_\_)  ja  nein
- i) der **Ohren** (z. B. Hörminderung, Hörsturz, Tinnitus, Gleichgewichtstörungen)?  ja  nein
- j) der **Haut** oder **Allergien** (z. B. Abszess, Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hausstaub-, Pollen-, Tierhaar-, Nahrungsmittel oder berufsbedingte Allergie)?  ja  nein
- k) **gutartige Tumorerkrankungen** (z. B. Zyste, Adenom)?  ja  nein
- l) **Infektionskrankheiten**, **Geschlechtserkrankungen**, **Tropenkrankheiten** (z. B. Malaria, Hepatitis, Tuberkulose, Borreliose)?  ja  nein
- m) der **Psyche** (z. B. Depression, Angststörung, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, chronisches Müdigkeitssyndrom, psychosomatische Störung), **Suchterkrankung** (z. B. Einnahme von Drogen, Folgen von Alkoholgenuss)? Besteht oder bestand in den **letzten 5 Jahren** eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (M. d. E), Wehrdienstbeschädigung (WOB), Pflegestufe, ein Grad der Behinderung (G. d. B.) oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt? Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben hierzu und reichen Sie uns den entsprechenden Bescheid mit Angabe der Diagnose/n ein.  
\_\_\_\_\_

2. Bestehen oder bestanden bösartige Tumorerkrankungen (z. B. Krebs), erfolgte ein Selbsttötungsversuch oder wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver Aidstest)?  ja  nein

# Fragebogen

## Berufsunfähigkeitsversicherung

3. Sind Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte oder andere Behandler (z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten) untersucht, beraten oder behandelt worden?  ja  nein

Von welchen (Anschrift und Fachrichtung)?

\_\_\_\_\_  
Name Vorname Titel  männlich  weiblich

\_\_\_\_\_  
Straße PLZ Ort

\_\_\_\_\_  
Fachrichtung Wann und weshalb

Wurden in den letzten 12 Monaten Arzneimittel (z. B. Blutdruckmittel, Asthmaspray, entzündungshemmende Medikamente, Schilddrüsen-tabletten) verordnet bzw. eingenommen?  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Welche, wann und weshalb

4. Erfolgt in den letzten 5 Jahren Operationen, Krankenhaus- bzw. Kuraufenthalte oder haben Sie einen Unfall, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten?  ja  nein

### Nikotinkonsum

Nur zu beantworten für eine mögliche bessere Berufsgruppeneinstufung

Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht bzw. Nikotin in anderer Form (z. B. elektrische Zigarette, Schnupf- oder Kautabak) zu sich genommen?  ja  nein

### Körpermaße

Körpergröße [cm] \_\_\_\_\_ Gewicht [kg] \_\_\_\_\_

### Beiblätter

Bitte machen Sie nähere Angaben, falls eine der Fragen mit ja beantwortet wurde (z. B. Art, Schwere, Dauer, Art und Umfang der Behandlungen, Folgen, ggf. Arbeitsunfähigkeitszeiten, Name und Anschrift des behandelnden Arztes).

Haben Sie zu diesem Zweck Beiblätter beigelegt?

nein  ja, Anzahl \_\_\_\_\_

### Datenschutzerklärung

Die zu versichernde Person willigt ein, dass bei dem Vermittler, bzw. dem Vermittlerunternehmen die Inhalte dieser Vorabanfrage, nebst der oben beschriebenen Anlagen bzw. evtl. weiterer anzufordernder Dokumente zum Zwecke der Prüfung der Versicherbarkeit abgespeichert und in elektronischer Form weitergeleitet und dort auch in elektronischer Form gespeichert werden.

Die Einwilligung erstreckt sich auch auf die Weitergabe und Speicherung enthaltener Gesundheitsdaten. Der Versicherer kann die Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, an dessen Rückversicherer zur Prüfung der Versicherbarkeit weiterleiten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift zu versichernde Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vermittlers