

ANFRAGE

Kunde

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

männlich

weiblich

Anschrift

Staatsangehörigkeit

Angaben zum Beruf

Berufsbezeichnung:

Branche, ggf. Studienfachrichtung:

Beschäftigung:

Vollzeit

Teilzeit - Std. pro Woche

Saisonarbeit

Angestellte/r

Selbstständig/er/
Freiberufler/in

Auszubildende/r

Hausfrau/Hausmann

Student/in

Schüler/in

Beamte/r auf
Lebenszeit

Beamte/r auf
Widerruf/Probe

ggf. bestehender Versicherungsschutz

Gesellschaft:

Endalter:

monatliche Rente:

Todesfallsumme:

Bleibt die Versicherung bestehen?

Nein

Ja

Zahlbeitrag in EUR:

ANFRAGE

Gewünschter Schutz

monatliche Rente in EUR:

Endalter:

Todesfallsumme in EUR:

Detailfragen zum Beruf

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

Ja

Wenn ja, welche Erkrankung?:

Nein

Sind Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit besonderen Gefahren ausgesetzt?

Ja

Wenn ja, welche?:

Nein

Anteil Bürotätigkeit in %:

Anteil körperlicher Tätigkeit in %:

Anteil sonstige Tätigkeit in %:

Jahreseinkommen der letzten **drei** Jahre

_____/_____/_____

Brutto Netto

_____/_____/_____

Brutto Netto

_____/_____/_____

Brutto Netto

ANFRAGE

Allgemeine Fragen

AF1.) Sind Sie Raucher?

Wenn **ja**, was genau und wie viel? (Zigaretten, Zigarillos, Pfeife, Shisha, E-Zigaretten, usw.):

Ja

Nein

AF2.) Betreiben Sie in Ihrer Freizeit **gefährliche** Sportarten/Hobbys (Tauchen, Motorsport, Kampfsport, etc.) ?

Wenn **ja**, welche?:

Ja

Nein

AF3.) Ist in den nächsten 12 Monaten ein Auslandsaufenthalt **von mehr als** 3 Monaten geplant?

Wenn **ja**,

Ja

Nein

welches Land / welche Region?:

Wann?:

Wie lange?:

Aus welchem Anlass?:

AF4.) Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Anträge bei Lebensversicherungsgesellschaften zu erschwerten Bedingungen (z.B. Zuschläge, Leistungsausschlüsse) angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt?

Wenn **ja**,

Ja

Nein

wo?:

Art der Versicherung?:

Welche Erschwerung?:

Aus welchem Grund?:

Höhe der Versicherungssumme in EUR:

ANFRAGE

Gesundheitsfragen

Körpergröße (cm):

Körpergewicht (kg):

GF1.) Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten drei Jahren geändert?

Ja

Wenn ja:

Nein

zugenommen

abgenommen

Wie viele kg?:

GF2.) Haben innerhalb der letzten 10 Jahre Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte und/oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche ärztlich empfohlen oder beabsichtigt?

Ja

Nein

GF3.) Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden, Beeinträchtigungen hinsichtlich:

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

ANFRAGE

Gesundheitsfragen

GF3.) Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden, Beeinträchtigungen hinsichtlich:

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, Alzheimer- Krankheit, 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

k.) Knochen, Gelenke, Bänder, Sehnen, (z.B. Knochenbrüche, Gelenkverschleiß, Arthrose, Knochenbrüche, rheumatische Beschwerden, Meniskusschaden, Bänderrisse, Sehnencheiden- 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-/Leberfleckenentfernung:

gutartig

bösartig

n.) Augen (z.B. Sehstörung, Fehlsichtigkeit, erhöhter Augendruck, grauer/grüner Star, Netzhautablösung, Laserbehandlung)? Ja Nein

Dioptrien links:

Dioptrien rechts:

Kurzsichtig

Weitsichtig

ANFRAGE

Gesundheitsfragen

GF3.) Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden, Beeinträchtigungen hinsichtlich:

- 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.) Konsum von oder 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) (10 Jahre bei Continentale, Helvetia, WWK oder Zurich)? Ja
 Nein
- s.) Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 2 Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig erkrankt? Ja
 Nein
- t.) Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren in festen zeitlichen Abständen apothekenpflichtige/verschreibungspflichtige Arzneimittel zu sich? (Empfängnisverhütungsmittel sind ausgenommen) Ja
 Nein
- u.) bestehen angeborene körperliche oder geistige Beeinträchtigungen, Behinderungen oder Störungen? Ja
 Nein

anerkannte Schwerbehinderung

Grad der Behinderung in %:

Erwerbsminderung

Minderung des Erwerbs in %:

seit:

Pflegebedürftigkeit

Seit wann?:

Ort / Datum / Unterschrift Makler

Ort / Datum / Unterschrift Kunde (optional)