

Vermittler

Blumenau Finanzplanung

Goethestraße 5

52064 Aachen

Tel: 0241/40 15 830 E-Mail: gb@blumenau-finanzplanung.de

Kundendaten**Zu versichernde Person**

Männlich

Weiblich

Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Anschrift

Höchster Bildungsabschluss

Gewünschte Versicherungssumme/ mtl. Rente

Berufliche Tätigkeit

Bruttoarbeitseinkommen/ Gewinn vor Steuern
letzte drei Jahre inkl. aktuellem Jahr

Endalter

Student Schüler Selbständiger/Freiberufler Angestellter arbeitssuchend Beamter auf Probe Auszubildender Beamter auf Lebenszeit Hausfrau **Risikofragen**

1. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Tabak unter Feuer (z.B. Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen) oder Nikotin mittels Verwendung elektrischer Verdampfer (z.B. E-Zigarette, E-Pfeife) konsumiert?

Ja Nein

2. Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Anträge auf Lebensversicherung mit Erschwerungen angenommen, zurückgestellt, abgelehnt oder beurteilt?

Ja Nein

3. Wenn ja, Art der Versicherung? Grund? Zeitpunkt? Name der Gesellschaft?

4. Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt?

a.) Im Beruf Ja Nein

Art der Gefahren

b.) In der Freizeit Ja Nein

Art der Gefahren

5. Beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate Aufenthalte von mehr als 3 Monaten außerhalb Europas?

Wenn ja, bitte den Fragebogen für Auslandsaufenthalte beifügen

6. Bestehen für Sie bereits Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-,

Grundfähigkeits-, Dread Disease-Versicherungen oder sind solche beantragt?

Ja Nein

Wenn ja, Art der Absicherung? Höhe der jeweiligen monatlichen Rente In Euro? Name der Gesellschaft bzw. des Versorgungsträgers?

Wird der Vertrag bei Annahme im Gegenzug aufgehoben? Ja Nein

Gesundheitsfragen

Bitte beantworten Sie die Gesundheitsfragen möglichst genau. Nur so kann der Versicherer eine konkrete Risikoeinschätzung vornehmen. Da die Gesundheitsgeschichte bis zu 10 Jahren rückverfolgt wird, kann es von Vorteil sein, hierzu gespeicherte Daten abzurufen. Falls Sie sich bezüglich Ihrer Gesundheitsgeschichte unsicher sind, empfehle ich Ihnen, Ihre Patientenakte bei Ihrem Arzt, der Krankenkasse oder der kassenärztlichen Vereinigung anzufordern. Sollten Ihnen Arztberichte, Laborwerte, Krankenhausentlassungsberichte, medizinische Zusatzklärungen usw. vorliegen, fügen Sie diese immer bei. Bei der Ausübung von gefährlichen Hobbies oder Berufen ist eine entsprechende Zusatzklärung erforderlich. Bitte beachten Sie, dass für nicht gemachte, falsche oder fehlende Angaben keine Haftung übernommen werden kann.

1. Wie sind Ihre aktuellen Körpermaße?

Körpergröße in cm	Körpergewicht in kg
-------------------	---------------------

2. Haben in den letzten **10 Jahren** stationäre Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche derzeit ärztlich empfohlen oder beabsichtigt?

Ja Nein

3. Sind oder waren Sie in den letzten **5 Jahren** wegen Krankheiten oder Beschwerden bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Physiotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten in Beratung, Behandlung oder Untersuchung?

a. des Herzens, des Kreislaufs oder der Gefäße? Ja Nein

b. der Atmungsorgane, der Lunge, der Bronchien, des Zwerchfells oder wegen Allergien? Ja Nein

c. der Verdauungsorgane, der Galle, der Bauchspeicheldrüse, der Leber, der Speiseröhre, des Magens oder des Darms? Ja Nein

d. der Nieren, der Harnwege, der Blase, der Prostata, der Geschlechtsorgane oder der Brust? Ja Nein

e. des Stoffwechsels, der Schilddrüse, der blutbildenden Organe oder d. Hormonhaushalts? Ja Nein

f. des Blutes, der Drüsen oder der Milz? Ja Nein

g. wegen akuten oder chronischen Infektionen? Ja Nein

h. des Gehirns, des Nervensystems oder des Rückenmarks? Ja Nein

i. der Psyche? Ja Nein

j. des Rückens, der Schulter(n), der Wirbelsäule oder der Bandscheibe(n)? Ja Nein

k. der Knochen, der Gelenke, der Bänder, der Sehnen oder der Muskeln? Ja Nein

l. der Haut? Ja Nein

Gesundheitsfragen

m. der Augen? Ja Nein

n. der Ohren? Ja Nein

4. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt? Ja Nein

5. Wurde bei Ihnen in den letzten 5 Jahren eine Krebs-/Tumorerkrankung festgestellt? Ja Nein

6. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 10 Jahre Betäubungsmittel oder Drogen ein oder wurden Sie wegen Folgen des Konsums von Alkohol, Betäubungsmittel oder Drogen behandelt oder beraten? Ja Nein

7. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren in festen zeitlichen Abständen (z.B. täglich, monatlich oder vierteljährlich) Medikamente zu sich? Ja Nein

8. Bestehen (auch angeborene) körperliche oder geistige Beeinträchtigungen, Behinderungen oder Störungen?
 Anerkannte Schwerbehinderung (GdB) Wehrdienstbeschädigung (WdB) Ja Nein
 Erwerbsminderung (MdE) Pflegebedürftigkeit

Erläuterungen

Frage-Nr.	Diagnose, Krankheit, Beschwerden evtl. Folgen	Wann, wie oft, wie lange?	Behandlung/Medikation	beschwerdefrei seit
<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person