

Fragebogen zur Berufsunfähigkeit

Persönliche Daten der Antragstellerin / des Antragstellers

Name, Vorname	Titel	Straße
Staatsangehörigkeit	Geschlecht	PLZ, Ort
	O w O m	
	Geburtsdatum	Jahreseinkommen brutto/netto

Berufsstatus (Studenten, Azubis bitte auch das Fach/Studien-/Berufsziel angeben)

Beruf/Ausbildung/Branche	Personalverantwortung für ^{Personen} X	Anteil der Bürotätigkeit am festen Arbeitsplatz %
O angestellt O selbständig	seit wann?	Anteil der körperlichen Tätigkeit in % sonstige Tätigkeit
Beamter / öffentlicher Dienst O ja O nein		

Einkommen

Möchten Sie Ihr monatliches Nettoeinkommen in Höhe von _____ € versichern?

Vielleicht möchten Sie aber lieber etwas weniger versichern?
 Wie hoch soll dann die Berufsunfähigkeitsrente monatlich sein? _____ €

Oder sind Sie (demnächst) selbständig und brauchen eine
 Rente, die höher liegt als das derzeitige Einkommen? _____ €

Andere Ansprüche

Besteht bereits eine private Berufsunfähigkeitsrente? O ja O nein

Wenn ja, in welcher Höhe? _____ €

Bei welcher Versicherungsgesellschaft? _____

Wurde in den letzten 5 Jahren bereits ein Antrag auf eine
 Berufsunfähigkeitsversicherung gestellt, kam aber nicht zustande? _____

Wurde der Antrag vom Versicherer abgelehnt oder
 von Ihnen selbst wieder zurückgezogen? _____

Wie lange soll die Versicherung laufen?

Bitte beachten Sie, dass sich der Preis nach der Laufzeit richtet. Eine Versicherungszeit bis 65 Jahre ist wesentlich teurer als bis zum 60. Lebensjahr.

Die Berufsunfähigkeitsversicherung soll

bis zum Endalter 60 Jahre

bis zum Endalter 63 Jahre

bis zum Endalter 65 Jahre

bis zum Endalter 67 Jahre laufen.

Gesundheitsfragen

- | | | |
|---|-------------------|-------------------------|
| 1. Körpergröße und Körpergewicht | _____ cm _____ kg | |
| 2. Bestehen derzeit Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, Einschränkungen körperlicher oder geistiger Art (auch wenn sie nicht behandelt wurden) oder Pflegebedürftigkeit? | O ja | O nein |
| 3. Bestanden in den letzten Jahren Krankheiten, Beschwerden, Fehler körperlicher oder geistiger Art (auch wenn sie nicht behandelt wurden) oder Pflegebedürftigkeit? | O ja
O 5 Jahre | O nein
O 6 -10 Jahre |
| 4. Fanden in den letzten Jahren ambulante Untersuchungen oder aufgrund von Vorerkrankungen medizinische Kontrolluntersuchungen oder Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte oder Heilpraktiker statt? | O ja
O 5 Jahre | O nein
O 6 -10 Jahre |
| 5. Fanden in den letzten Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium oder einer Heilstätte statt oder wurden sie angeraten? | O ja
O 5 Jahre | O nein
O 6 -10 Jahre |
| 6. Wurde in den letzten Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder in Anspruch genommen? | O ja
O 5 Jahre | O nein
O 6 -10 Jahre |
| 7. Besteht eine Fehlsichtigkeit? | O ja | O nein |
| | _____ li _____ re | |
| 8. Besteht eine Sterilität oder Infertilität? | O ja | O nein |
| 9. Besteht eine anerkannte Behinderung? wenn ja, bitte Kopie des Anerkennungsbescheides mit dem Wortlaut der Schädigungsfolge beifügen. | O ja | O nein |
| 10. Werden bzw. wurden in den letzten 5 Jahren regelmäßig Medikamente, Drogen oder Alkohol eingenommen / konsumiert? | O ja | O nein |
| 11. Rauchen Sie bzw. haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht? | O ja | O nein |
| 12. Wurde bei Ihnen ein HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)? | O ja | O nein |
| 13. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?
In welcher Woche? | O ja | O nein |
| 14. Ist eine Behandlung, Untersuchung oder Operation – stationär oder ambulant – durch Ärzte, Heilpraktiker, Zahnärzte oder Kieferorthopäden notwendig, angeraten oder beabsichtigt? | O ja | O nein |

 Datum, Ort

 Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

*Je nach Versicherer ist bei den Gesundheitsfragen ein Zeitraum von 5 oder 10 Jahren relevant.
 Alle bereits vorhandenen Erkrankungen, die nicht vollständig ausgeheilt sind, werden vom Schutz ausgenommen oder können zu einem Zuschlag führen.*