

Abfragebogen für eine Risikovorabfrage

Maklerangaben

Ansprechpartner _____

Email-Adresse _____

Vermittlernummer _____

Telefonnummer _____

Kundenangaben | Versicherte Person (sofern VP nicht volljährig ist, bitte immer einen volljährigen VN angeben)

Vor- und Nachname _____

Wohnanschrift _____

Familienstand _____

Geburtsdatum _____

PLZ und Ort _____

Kinder im Haushalt _____

Kundenangaben | Versicherungsnehmer

Vor- und Nachname _____

Wohnanschrift _____

Geburtsdatum _____

PLZ und Ort _____

Berufsangaben | Versicherte Person

Derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit _____

(Bei Geschäftsführern geben Sie bitte zusätzlich die Branche mit an. Bei einem Studenten geben Sie bitte zusätzlich den Studiengang sowie den angestrebten Beruf an.)

Beruflicher Status _____

(z.B. Schüler, Auszubildender, Student, angestellt, selbstständig, Beamter auf P/W, Beamter auf L)

Erreichte Abschlüsse _____

(z.B. Realschulabschluss, kfm Ausbildung, hdw. Ausbildung, Bachelor, Master, Diplom, etc.)

Personalverantwortung _____

Anteil der Bürotätigkeit am festen Arbeitsplatz _____%

Anteil der Reisetätigkeit _____%

Anteil der körperlichen Tätigkeit _____%

Produktauswahl

Versicherungsbeginn _____ Versicherungsendalter _____ Leistungsendalter _____

Beitragsdynamik _____% gar. Rentensteigerung _____% AU-Regelung
(gegen Mehrprämie auswählbar)

Beitragsverrechnung _____ Fondsanlage _____ verz. Ansammlung _____

Abfragebogen für eine Risikovorabfrage

Berufsunfähigkeitsversicherung	gewünschte Rentenhöhe	_____
Dienstunfähigkeitsversicherung	gewünschte Rentenhöhe	_____
Erwerbsunfähigkeitsversicherung	gewünschte Rentenhöhe	_____
Grundfähigkeitsversicherung	gewünschte Rentenhöhe	_____
Schwere Krankheiten (Dread Disease)	gewünschte VS	_____
Risikolebensversicherung	gewünschte VS	_____
Anmerkungen	_____ _____ _____	

Risikoangaben | Versicherte Person

- 1) Bitte geben Sie Ihre derzeitige Größe und Ihr Gewicht an Größe _____ cm Gewicht _____ Kg
- 2) Sind Sie aktuell Raucher oder haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht Ja Nein
- 3) Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten einen Auslandsaufenthalt von mehr als 3 Monaten im außereuropäischen Ausland Ja Nein
- 4) Sind Sie beruflichen Gefahren ausgesetzt (z.B. Umgang mit explosiven Stoffen, etc.) Ja Nein
- 5) Üben Sie eine Sportart mit erhöhtem Risiko aus (z.B. Kampfsport, Motorsport, Reitsport, etc.) Ja Nein
- 6) Fahren Sie Motorrad, Roller, Quad, etc., (ab 125 ccm) Ja Nein

Nummer	Genaue Bezeichnung Erklärung	Zeitangabe Wann, Dauer, Häufigkeit

Abfragebogen für eine Risikovorabfrage

- | | | |
|---|----|------|
| e) der Haut und/oder Allergien (z. B. Neurodermitis, endogenes Ekzem, Schuppenflechte, Psoriasis, Heuschnupfen, Kontaktallergien, Mehlstauballergie) | Ja | Nein |
| f) der Atemwege (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Funktionseinschränkungen der Lunge, Schlaf-Apnoe-Syndrom) | Ja | Nein |
| g) des Herzkreislaufsystems (z. B. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Thrombosen, Embolien, Herzfehler, Herzklappenfehler, Herzmuskelerkrankungen, Herzinfarkt, Krampfadern, Lymphödem) | Ja | Nein |
| h) des Stoffwechsels (z. B. Erhöhung der Blutfette, Diabetes, Über- und Unterfunktion der Schilddrüse) | Ja | Nein |
| i) der Verdauungsorgane (z. B. chronische Durchfälle, chronische Bauchschmerzen, Blut im Stuhl, Sodbrennen, Leberwerterhöhungen, Lebervergrößerung) | Ja | Nein |
| j) der Nieren, Harn- und/oder Geschlechtsorgane (z. B. auffällige Nierenwerte, chronische Nierenentzündung, auffällige Urinbefunde, Prostatavergrößerung, kontrollpflichtige Veränderungen in Vorsorgeuntersuchungen) | Ja | Nein |
| k) des Blutes und/oder der blutbildenden Organe (z. B. Blutarmut, Blutbildungsstörungen, Vergrößerungen der Milz) | Ja | Nein |
| l) gutartige Tumore (z. B. Knoten, Wucherungen oder kontrollbedürftige Neubildungen (u. a. Brustknoten, Hautknoten, Meningeome, Adenome) und/oder bösartige Tumore (z. B. Hautkrebs, Brustkrebs, Lymphdrüsenkrebs, Schilddrüsenkrebs, Prostatakrebs, Blutkrebs) | Ja | Nein |
| 5) Konsumieren oder konsumierten Sie Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel? | Ja | Nein |

Ergänzungsangaben | Versicherte Person

Nummer	Genauere Bezeichnung Erklärung	Zeitangabe Wann, Dauer, Häufigkeit

Ort, Datum

Unterschrift