



Voranfragebogen Berufsunfähigkeitsversicherung – Grundfähigkeitsversicherung

Grunddaten

Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsdatum: _____

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Raucher: Ja Nein

Als Raucher gilt, wer in den letzten 12 Monaten (auch einmalig) Nikotin- oder Tabakprodukte konsumiert hat. Dazu gehört unter anderem: Zigarette, Zigarre, Pfeife, Wasserpfeife, E-Zigarette, E-Pfeife, E-Shisha, Nikotinplaster und -kaugummi.

Berufsunfähigkeitsversicherung Grundfähigkeitsversicherung

Sie können hier auch beide Möglichkeiten ankreuzen, wenn Sie nicht sicher sind, welche Absicherung es sein soll.

Berufsdaten

Anteil körperlicher Tätigkeit: _____ %

Bruttoarbeitseinkommen der letzten drei Jahre:

Bitte Nachweise beifügen

20____: _____ €

20____: _____ €

20____: _____ €

Berufsstatus:

- Angestellter
- Angestellter des öffentlichen Dienstes
- Auszubildender
- Beamter
- Freiberufler
- Gesellschafter GF,
- Gesellschafter GF mit Pensionszusage



- Hausfrau/Hausmann
- Kind
- nicht erwerbstätig
- Rentner/Senior/Pensionär
- Schüler
- Selbständiger
- selbständiger Handwerker
- Soldat
- Student
- Vorstand

Personalverantwortung Anzahl Mitarbeiter: _____

Höchster Bildungsabschluss:

- Abgeschlossene Ausbildung
- Abgeschlossene kaufmännische Ausbildung
- Abschluss Schule
- Abschluss Uni/FH
- Berufsausbildung mit Weiterbildung
- Meister
- Techniker

Reisetätigkeit: _____

Tätigkeitsstatus:

- Geringfügig



Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen in Textform gefragt wurde, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn die Gesellschaft nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die Versicherungsgesellschaft vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Bei einem Rücktritt steht der Gesellschaft der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können die Gesellschaft nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, kann die Versicherung den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Sonderrisiken:

1. Sind Sie Gefahren im Beruf (z.B. Flugrisiko, Chemikalien, radioaktive Stoffe/Strahlen, Aufenthalt in Krisengebieten) ausgesetzt?

Nein Ja

2. Sind Sie Gefahren bei Sport oder Hobby (z.B. Flugrisiko/ Drachenfliegen/ Fallschirmspringen, Rennfahrten, Bergsteigen, Tauchen, Extremsportarten, Kampfsportarten oder Teilnahme an organisierten sportlichen Wettbewerben, Reiten, Fahren eines motorisierten Zweirades mit mehr als 50ccm, Quad oder Trike) ausgesetzt?

Nein Ja

3. Beabsichtigen Sie, innerhalb der nächsten 12 Monate in Krisengebiete oder länger als drei Monate in ein Land außerhalb der Europäischen Union zu reisen?

Nein Ja

B - Versicherungsanträge/-verträge bei anderen Gesellschaften:



1. Haben Sie bereits eine Lebens-, oder Invaliditätsversicherung (gegen Todesfall, Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit, Grundfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Unfallinvalidität), ggf. auch im Rahmen einer betrieblichen Altersversorgung oder ist eine solche beantragt?

Nein Ja

Bei ‚Ja‘ bitte weitere Angaben dazu machen!

2. Wurden in den letzten 5 Jahren bereits Versicherungsanträge (Todesfall, Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit, Grundfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Unfallinvalidität) bei anderen Gesellschaften zu erschwerten Bedingungen angeboten, angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt?

Nein Ja

Bei ‚Ja‘ bitte weitere Angaben dazu machen!

C - Gesundheitsfragen:

Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahre Krankheiten, Beschwerden, Beeinträchtigungen hinsichtlich:

a. Herz oder Kreislauforgane/ Gefäße (**z.B.** Bluthochdruck, Herzinfarkt, Venenleiden, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Rhythmusstörungen, Krampfadern?)

Nein Ja

b. Atmungsorgane, Lunge, Bronchien, Zwerchfell (**z.B.** chronische oder wiederholte Bronchitis, Asthma, Atemwegsprobleme, Lungenentzündung, Schlafapnoe)?

Nein Ja

c. Verdauungsorgane, Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber (**z.B.** Magengeschwür, erhöhte Leberwerte, Fettleber, Sodbrennen, Verdauungsstörungen)?

Nein Ja

d. Niere, Blase, Prostata, Geschlechtsorgane (**z.B.** Nierensteine, Nierenentzündung, Zysten)?

Nein Ja

e. Stoffwechsel, Drüsen (**z.B.** Diabetes, erhöhte Cholesterienwerte, Harnsäureerhöhung, Gicht, Triglyceriderhöhung, Funktionsstörung d. Schilddrüse)?

Nein Ja

f. Blut, Milz (**z.B.** Anämie, Leukämie, Durchblutungsstörung, Blutgerinnungsstörung, Hämorrhoiden)?

Nein Ja

g. akute oder chronische Infektionen (**z.B.** Malaria, Hepatitis, Borreliose, Gürtelrose, Pfeiffersches Drüsenfieber)?

Nein Ja

h. Gehirn, Nervensystem, Rückenmark (**z.B.** Epilepsie, Multiple Sklerose, Migräne, Bewusstseinsverlust, Parkinson, Alzheimerkrankheit, Lähmungen, Nervenentzündung)?

Nein Ja

i. Psyche (**z.B.** Angststörungen, Erschöpfungssyndrom, psychosomatische Störung, Burn-Out-Syndrom, Depression, Essstörung, Suizidversuch, chronische Müdigkeit, Nervenzusammenbruch, Schizophrenie, Hyperaktivität, ADHS Trauerverarbeitung)?

Nein Ja

j. Wirbelsäule, Bandscheibe, Rücken (**z.B.** Hexenschuss, Ischias, Bandscheibenvorfall, WS-Syndrom, Wirbelsäulenverkrümmung, Rückenschmerzen, Verspannung)?

Nein Ja

k. Knochen, Gelenke, Bänder, Sehnen, (**z.B.** Knochenbrüche, Gelenkverschleiß, Arthrose, Knochenbrüche, rheumatische Beschwerden, Meniskusschaden, Bänderrisse, Sehnenscheiden- oder Schleimbeutelentzündung, Muskelschwund)?

Nein Ja

l. Brustdrüsen (**z.B.** knotige Veränderungen, Entzündungen)?

Nein Ja

m. Haut, Allergien (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Ekzem, Schuppenflechte, Tierhaare)?

Nein Ja

Bei Muttermal-/ Leberfleckenentfernung: gutartig bösartig

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

Nein Ja

Dioptrien links: _____ Dioptrien rechts: _____

kurzsichtig weitsichtig

o. Ohren (z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen, Schwindel)?

Nein Ja

p. Wurde eine HIV-Infektion festgestellt, bzw. steht ein Ergebnis aus?

Nein Ja

q. Behandlung des Konsums von Betäubungsmitteln, Drogen oder Alkohol innerhalb der letzten 10 Jahre?

Nein Ja

r. Tumorerkrankungen innerhalb der letzten 5 Jahre (z.B. Krebs, Zysten)?

Nein Ja

s. Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 2 Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig erkrankt?

Nein Ja

t. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren in festen zeitlichen Abständen apothekenpflichtige/verschreibungspflichtige Arzneimittel zu sich?
(Empfängnisverhütungsmittel sind ausgenommen)

Nein Ja

u. Waren Sie vor mehr als 5 Jahren aber innerhalb von 10 Jahren wegen psychischer Erkrankungen in Behandlung?

Nein Ja

v) bestehen angeborene körperliche oder geistige Beeinträchtigungen, Behinderungen oder Störungen?

Nein Ja

Anerkannte Schwerbehinderung: _____ Grad der Behinderung in %

Erwerbsminderung: _____ Minderung d. Erwerbs in % seit _____

Pflegebedürftigkeit: _____ Pflegegrad seit _____

13. Haben Sie einen Hausarzt bzw. einen Arzt oder Behandler (z.B. Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut), der über Ihre Gesundheitsverhältnisse umfassend informiert ist?

Nein Ja

Name des Arztes: _____

Fachrichtung: _____



Anschrift: _____

Mit meiner nachfolgenden Unterschrift stimme ich der Verwendung und Speicherung meiner persönlichen Daten und hier gemachten Angaben im Rahmen der Beratung durch rex versichert – Florian Rex – Versicherungsmakler (Reislinger Straße 57, 38446 Wolfsburg) und deren Mitarbeiter ausdrücklich zu.

Ihre persönlichen Daten werden ausschließlich für die Risikovorabfrage und ggf. einer späteren Antragsstellung verwendet. Sie können diese Zustimmung jederzeit in Textform widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift



Aufstellung monatliche Kosten zur Ermittlung der Versicherungssumme

Jährliche Ausgaben durch 12 teilen

Haus / Wohnung

Miete + Nebenkosten: _____ €

Strom, Wasser: _____ €

Heizung: _____ €

Reinigung: _____ €

Grundsteuer, Müllgeb.: _____ €

Schornsteinfeger: _____ €

Gebäudeversicherung: _____ €

Hausratversicherung: _____ €

Persönliche Ausgaben

Nahrungsmittel: _____ €

Kleidung: _____ €

Geschenke: _____ €

Urlaub: _____ €

Sport, Wellness: _____ €

Hobby, Freizeit, Kultur: _____ €

Ausgehen, Essen: _____ €

Taschengeld: _____ €

Sonstiges: _____ €

Telefon, Handy, Internet: _____ €

Vereinsbeiträge: _____ €

Unterhalt: _____ €

Mobilität / Kfz

Tanken: _____ €

Kfz-Steuer: _____ €

Autoversicherung: _____ €

Öff. Verkehrsmittel: _____ €

Finanzierungen

Darlehen: _____ €

Darlehen: _____ €

Darlehen: _____ €

Versicherungen

Leben/Renten: _____ €

Haftpflicht: _____ €

Berufsunfähigkeit: _____ €

Unfall: _____ €

Krankenzusatz: _____ €

Rechtsschutz: _____ €

Sonstige: _____ €

Sonstige Ausgaben

Sparen: _____ €

Rundfunk, TV: _____ €

Sonstige Beiträge: _____ €

Summe Ausgaben: _____ €