

Bitte senden Sie Ihre Risikovorfrage an: pohl@versicherungsmakler.ac

Risikovorfrage für:

Berufsunfähigkeit Erwerbsunfähigkeit Risikoleben Dread Disease Grundfähigkeit

Ihr Makler:

Jan Pohl, Hasenwaldstr. 2, 52072 Aachen

Mobil: 0178-5267645

Mail: pohl@versicherungsmakler.ac

Weitere Informationen zur Risikovorfrage ([klicken](#))



Jan Pohl
versicherungsmakler.ac

Kundendaten | Zu versichernde Person:

Männlich

Weiblich

PLZ	Geburtsdatum
Gewünschte Versicherungssumme / monatliche Rente	Berufliche Tätigkeit
Letztes Bruttojahreseinkommen / Gewinn vor Steuern	Endalter

Student

Schüler

Selbständiger / Freiberufler

Angestellter

Arbeitssuchend

Beamter auf Probe / Widerruf

Auszubildender

Beamter auf Lebenszeit

Hausfrau

Risikofragen:

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-Zigarre, E-Pfeife) oder Schnupf- und Oraltabak konsumiert?

Ja Nein

Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre* Anträge auf Lebensversicherung mit Erschwerungen (z.B. Zuschläge, Leistungsausschlüsse) angenommen, zurückgestellt, abgelehnt oder beurteilt?

Ja Nein

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

Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt?

a) Im Beruf:

Ja Nein

Art der Gefahren:

b) In der Freizeit:

Ja Nein

Art der Gefahren:

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

Ja Nein

Wenn ja, wohin, wann und wie lange?

Risikofragen:

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:

Wichtig für die weitere Bearbeitung:

Bitte beantworten Sie die Gesundheitsfragen möglichst genau. Nur so kann der Versicherer eine konkrete Risikoeinschätzung vornehmen. Da die Gesundheitshistorie bis zu 10 Jahren rückverfolgt wird, kann es von Vorteil sein, hierzu gespeicherte Daten abzurufen. Falls Sie sich bezüglich Ihrer Gesundheitshistorie 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, denken Sie bitte immer an die entsprechende Zusatzklärung (zu finden im Online-Bereich). Bitte beachten Sie, dass für nicht gemachte, falsche oder fehlende Angaben keine Haftung übernommen werden kann.

1. Wie sind Ihre derzeitigen 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-, Psychotherapeuten 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 des 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 |
| m. der Augen ? | Ja | Nein |
| n. der Ohren ? | Ja | Nein |

Gesundheitsfragen:

4. Wurde bei Ihnen jemals* eine HIV Infektion festgestellt**?

Ja Nein

5. Wurde 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 beraten oder behandelt?

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. Sind oder waren Sie aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage Ihrer beruflichen/schulischen Tätigkeit nachzugehen?*

Ja Nein

9. Bestehen (auch angeborene) körperliche oder geistige Beeinträchtigungen, Behinderungen oder Störungen?

Ja Nein

Anerkannte Schwerbehinderung (GdB)

Wehrdienstbeschädigung (WDB)

Erwerbsminderung (MdE)

Pflegebedürftigkeit

Wenn Sie oben eine Frage mit "ja" beantworten müssen, dann benutzen Sie bitte den passenden Zusatzfragebogen.

Notizen

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

Hier finden Sie den dazugehörigen Maklervertrag:

Hier können Sie individuelle Erläuterungen ergänzen: