

# Anfrage zur Berufsunfähigkeitsversicherung / Privaten Krankenversicherung

## Allgemeine Angaben

Vorname:	<input type="text"/>	Berufsbezeichnung:	<input type="text"/>		
Nachname:	<input type="text"/>	Monatliches Bruttoeinkommen:	<input type="text"/>	Monatliches Nettoeinkommen:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Gewünschte monatliche BU-Höhe:	<input type="text"/>	Gewünschte monatliche KT-Höhe:	<input type="text"/>

## Fragen zum Gesundheitszustand

Größe:	<input type="text"/> cm	Gewicht:	<input type="text"/> kg	BMI:	<input type="text"/>	Sind Sie Raucher (Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeife, E-Zigaretten, E-Zigarre, E-Pfeife)?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Sind Sie Brillenträger?				Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Dioptrien links:	<input type="text"/>	
Sind Sie im Beruf oder in der Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt? Falls ja, welchen?							Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>

**Zusätzliche Anmerkungen:**

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.  
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum der Antragstellung	Ort	Unterschrift versicherte Person

# Anfrage zur Berufsunfähigkeitsversicherung / Privaten Krankenversicherung

## Fragen zum Gesundheitszustand

Geben Sie bitte ab Seite 6 Einzelheiten zu den Fragen an, die Sie im Folgenden mit „ja“ beantworten.

### Leiden oder litten Sie in den letzten zehn Jahren an

Allergien (z. B. Heuschnupfen)	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Asthma / Asthma bronchiale	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Diabetes mellitus (Typ I, Typ II)	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Herpes	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Bluthochdruck	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Hauterkrankungen / Schuppen / Schuppenflechte / Neurodermitis	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Magen-/Darmerkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Kopfschmerzen / Migräne	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Krebserkrankung	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Psychische Erkrankungen / Depressionen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>

### Leiden oder litten Sie in den letzten zehn Jahren an

Fertilisationsstörungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Sonstige Erkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
-------------------------	---	-----------------------	---

### Bestehen oder bestanden in den letzten zehn Jahren

Anomalien, Fehlstellungen oder Fehlbildungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Unfallfolgen, Verletzungen oder Vergiftungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
--	---	--	---

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.  
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person

# Anfrage zur Berufsunfähigkeitsversicherung / Privaten Krankenversicherung

## Fragen zum Gesundheitszustand

Haben Sie Körperimplantate oder Prothesen?

Nein  Ja

Haben Sie jemals einen Selbsttötungsversuch unternommen oder sich eine vorsätzliche Selbstverletzung zugefügt?

Nein  Ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein  Ja

Haben oder hatten Sie in den letzten zehn Jahren Beschwerden oder Krankheiten an

Rücken

Nein  Ja

Wirbelsäule

Nein  Ja

Bandscheibe(n)

Nein  Ja

Nacken

Nein  Ja

Liegen folgende Beeinträchtigungen vor?

Liegen Beschwerden oder Krankheiten bei folgenden Sinnesorganen vor?

Skoliosen

Nein  Ja

Augen

Nein  Ja

Beinlängenverkürzung

Nein  Ja

Ohren

Nein  Ja

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.  
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person

# Anfrage zur Berufsunfähigkeitsversicherung / Privaten Krankenversicherung

## Fragen zum Gesundheitszustand

Wurden in den letzten zehn Jahren folgende Behandlungen durchgeführt?

Massagen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Gesprächstherapie	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Krankengymnastik	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Psychotherapie	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Akupunktur	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Physiotherapie	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Schmerztherapie	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Sonstige	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>

## Familienplanung

Liegt eine Schwangerschaft vor?	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>		
Falls eine Schwangerschaft vorliegt, bei welcher Person liegt diese vor?	versicherte Person <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ehefrau/Lebensgefährtin <input type="radio"/>		
Besteht das Verlangen einer Kinderwunschbehandlung in Form einer künstlichen Befruchtung?	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>		
Wurden bereits Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung unternommen?	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Falls ja, wie viele künstliche Befruchtungen wurden bereits durchgeführt?	Anzahl:
Besteht bei Ihnen eine Fruchtbarkeitsstörung oder Sterilität?	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Falls ja, wird oder wurde aufgrund dessen eine ärztliche Beratungen wegen unerfülltem Kinderwunsch in Anspruch genommen?	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.  
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.

Datum der Antragstellung	Ort	Unterschrift versicherte Person
--------------------------	-----	---------------------------------

# Anfrage zur Berufsunfähigkeitsversicherung / Privaten Krankenversicherung

## Fragen zum Gesundheitszustand

### Mund-, Zahn- und Kieferbehandlungen

Besteht eine Mund- / Zahnerkrankung?	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Fehlen Zähne (außer Weisheitszähne) die noch nicht ersetzt sind?	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Besteht Zahnersatz (Brücken, Kronen) oder ist eine solche Zahnbehandlung notwendig, vorgesehen oder angeraten?	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Falls ja, wie viele Zähne wurden bzw. müssen ersetzt werden?	Anzahl:
Liegt eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung vor?	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Falls ja, wurde Ihnen zu einer Zahnschiene bzw. zu einer kieferorthopädischen Behandlung geraten?	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Liegt eine Parodontose vor oder ist eine Parodontose-behandlung notwendig, vorgesehen oder angeraten ?	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Ist ein Austausch von Amalgamfüllungen notwendig, vorgesehen oder angeraten?	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Bestehen derzeit laufende Zahnbehandlungen? Hierzu zählen auch kieferorthopädische Behandlungen.	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Wann fand der letzte Zahnarztbesuch statt? Bitte (sofern bekannt) Datum angeben.	

**Notizen:**

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.  
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.

Datum der Antragstellung	Ort	Unterschrift versicherte Person
--------------------------	-----	---------------------------------

# Anfrage zur Berufsunfähigkeitsversicherung / Privaten Krankenversicherung

## Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand

Nachname:

Vorname:

Bitte geben Sie zu allen mit „ja“ beantworteten Fragen alle Beschwerden, Krankheiten, Beeinträchtigungen, Unfallfolgen, Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen, inklusive der Einzelheiten und Diagnosen an. Falls Ihnen Befundberichte, Krankenhausentlassungsberichte, Bluttests, Laborberichte, ärztliche Gutachten, Allergiepass, Heil- und Kostenpläne oder sonstige Unterlagen hierzu vorliegen, bitte beifügen.

Beschwerden, Krankheiten, Beeinträchtigungen, Unfallfolgen, Beratungen, Behandlungen, Diagnosen	ICD - 10 Code (sofern bekannt)	Zeitraum (wann, von - bis)	ambulant oder stationär	Medikation (Arzneimittel, Dosierung, Zeitraum von - bis)	Erkrankung folgenlos ausgeheilt?		Anzahl AU-Tage (voraussichtlich)	Name und Anschrift Behandler inklusive Fachrichtung, Einrichtung (z. B. Krankenhaus, Notfallambulanz)	Anlagen (z.B. Befunde)	
					Bitte ankreuzen				Bitte ankreuzen	
					ja	nein			ja	nein
					<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"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.  
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person

# Anfrage zur Berufsunfähigkeitsversicherung / Privaten Krankenversicherung

## Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand

Nachname:

Vorname:

Bitte geben Sie zu allen mit „ja“ beantworteten Fragen alle Beschwerden, Krankheiten, Beeinträchtigungen, Unfallfolgen, Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen, inklusive der Einzelheiten und Diagnosen an. Falls Ihnen Befundberichte, Krankenhausentlassungsberichte, Bluttests, Laborberichte, ärztliche Gutachten, Allergiepass, Heil- und Kostenpläne oder sonstige Unterlagen hierzu vorliegen, bitte beifügen.

Beschwerden, Krankheiten, Beeinträchtigungen, Unfallfolgen, Beratungen, Behandlungen, Diagnosen	ICD - 10 Code (sofern bekannt)	Zeitraum (wann, von - bis)	ambulant oder stationär	Medikation (Arzneimittel, Dosierung, Zeitraum von - bis)	Erkrankung folgenlos ausgeheilt?		Anzahl AU-Tage (voraussichtlich)	Name und Anschrift Behandler inklusive Fachrichtung, Einrichtung (z. B. Krankenhaus, Notfallambulanz)	Anlagen (z.B. Befunde)	
					Bitte ankreuzen				Bitte ankreuzen	
					ja	nein			ja	nein
					<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"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.  
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person

# Anfrage zur Berufsunfähigkeitsversicherung / Privaten Krankenversicherung

## Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand

Nachname:

Vorname:

Bitte geben Sie zu allen mit „ja“ beantworteten Fragen alle Beschwerden, Krankheiten, Beeinträchtigungen, Unfallfolgen, Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen, inklusive der Einzelheiten und Diagnosen an. Falls Ihnen Befundberichte, Krankenhausentlassungsberichte, Bluttests, Laborberichte, ärztliche Gutachten, Allergiepass, Heil- und Kostenpläne oder sonstige Unterlagen hierzu vorliegen, bitte beifügen.

Beschwerden, Krankheiten, Beeinträchtigungen, Unfallfolgen, Beratungen, Behandlungen, Diagnosen	ICD - 10 Code (sofern bekannt)	Zeitraum (wann, von - bis)	ambulant oder stationär	Medikation (Arzneimittel, Dosierung, Zeitraum von - bis)	Erkrankung folgenlos ausgeheilt?		Anzahl AU-Tage (voraussichtlich)	Name und Anschrift Behandler inklusive Fachrichtung, Einrichtung (z. B. Krankenhaus, Notfallambulanz)	Anlagen (z.B. Befunde)	
					Bitte ankreuzen				Bitte ankreuzen	
					ja	nein			ja	nein
					<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"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.  
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person

# Anfrage zur Berufsunfähigkeitsversicherung / Privaten Krankenversicherung

## Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand

Nachname:

Vorname:

Bitte geben Sie zu allen mit „ja“ beantworteten Fragen alle Beschwerden, Krankheiten, Beeinträchtigungen, Unfallfolgen, Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen, inklusive der Einzelheiten und Diagnosen an. Falls Ihnen Befundberichte, Krankenhausentlassungsberichte, Bluttests, Laborberichte, ärztliche Gutachten, Allergiepass, Heil- und Kostenpläne oder sonstige Unterlagen hierzu vorliegen, bitte beifügen.

Beschwerden, Krankheiten, Beeinträchtigungen, Unfallfolgen, Beratungen, Behandlungen, Diagnosen	ICD - 10 Code (sofern bekannt)	Zeitraum (wann, von - bis)	ambulant oder stationär	Medikation (Arzneimittel, Dosierung, Zeitraum von - bis)	Erkrankung folgenlos ausgeheilt?		Anzahl AU-Tage (voraussichtlich)	Name und Anschrift Behandler inklusive Fachrichtung, Einrichtung (z. B. Krankenhaus, Notfallambulanz)	Anlagen (z.B. Befunde)	
					Bitte ankreuzen				Bitte ankreuzen	
					ja	nein			ja	nein
					<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"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.  
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person

## Anfrage zur Berufsunfähigkeitsversicherung / Privaten Krankenversicherung

### Datenschutzerklärung

#### Datenschutz:

Hiermit stimme ich der Verwendung meiner Daten im Rahmen dieser Beratung ausdrücklich zu.

**Die Daten werden dauerhaft im Rahmen der Aufbewahrungsfristen gespeichert.**

Es kann notwendig sein, dass wir Ihre Angaben zum Gesundheitsstand zur Klärung an den Versicherer weitergeben müssen. **Bitte wählen Sie aus:**

- Sollte es für eine qualifizierte Beratung notwendig sein, meine Daten, die überlassenen ärztlichen Unterlagen und / oder Anlagen, meine Angaben zum Gesundheitszustand sowie den Inhalt des Fragebogens an Versicherer weiterzuleiten, erlaube ich dies ausdrücklich.
  
- Sollte es für eine qualifizierte Beratung notwendig sein, meine Daten, die überlassenen ärztlichen Unterlagen und / oder Anlagen, meine Angaben zum Gesundheitszustand sowie den Inhalt des Fragebogens an Versicherer weiterzuleiten, so möchte ich vorher kontaktiert werden.  
Eine schriftliche Erlaubnis zur Weitergabe behalte ich mir vor. Ich weiß, dass dieser Erlaubnisvorbehalt die Bearbeitung verzögern und zu einem späteren Versicherungsschutz führen kann.

Ich kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen.

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.  
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person