

Meine persönlichen Angaben für die Berufsunfähigkeitsversicherung bzw. Dienstunfähigkeitsversicherung

Die privaten Berufs- bzw. Dienstunfähigkeitsversicherer stellen vor Vertragsabschluss einige Fragen, um deine persönliche Situation und deine individuellen Anforderungen an deine Absicherung gegen Berufs- bzw. Dienstunfähigkeit einschätzen zu können. Diese Fragen solltest du wahrheitsgemäß beantworten, da dies maßgeblich für deinen Versicherungsschutz sein kann. Deine Angaben in diesem Bogen sind relevant für die Bewertung der Versicherer, ob bzw. zu welchen Konditionen sie dir Versicherungsschutz gegen Berufs- bzw. Dienstunfähigkeit anbieten können. Da diese Bewertung je nach Versicherer unterschiedlich ausfallen kann, sind deine Angaben eine wesentliche Grundlage für die Auswahl geeigneter Anbieter und Tarife. Diese individuelle Betrachtung ist einer der Gründe, weshalb in der Praxis nicht die eine beste Berufs- bzw. Dienstunfähigkeitsversicherung für alle existiert. Auch wenn die Antragsfragen der Versicherer zum Teil komplexer sein können als die nachfolgend abgebildeten Fragen, **geben uns deine Angaben in diesem Bogen bereits eine gute Indikation. Das hilft uns sehr bei der Vorbereitung deines Termins und bei der gezielten Suche nach den besten Anbietern und Tarifen für dich.** Für das Ausfüllen und Zurücksenden des Bogens daher vielen Dank im Voraus :-).

Angaben zu der zu versichernden Person und zum gewünschten Absicherungsumfang



Geburtsdatum	<input type="text"/>
Derzeit ausgeübter Beruf	<input type="text"/>
Wechsel des derzeit ausgeübten Berufs geplant?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
↳ Wenn „ja“ , gib uns hierzu bitte folgende Informationen	
- zukünftig ausgeübter Beruf	<input type="text"/>
- Beginn der künftigen beruflichen Tätigkeit	<input type="text"/>
Bist du Gefahren in der Freizeit ausgesetzt (z. B. Bergsport, Flugsport, Kampfsport, Motorsport, Wildwassersport, Fallschirmspringen, Wettfahrten, Tauchen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
↳ Wenn „ja“ , welchen?	<input type="text"/>
↳ Wenn „ja“ , ist der Einschluss dieses Risikos gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Sind **in den nächsten zwölf Monaten Auslandsaufenthalte** von mehr als drei Monaten Dauer oder Aufenthalte in Krisengebieten vorgesehen?

Ja Nein

↳ Wenn „ja“, wo?

↳ Wenn „ja“, zu welchem Zweck?

beruflich privat

↳ Wenn „ja“, in welchem Zeitraum?

Bist du **Raucher** (aktiver Konsum von Nikotin durch Inhalieren)?

Ja Nein

↳ Wenn „nein“, bist du seit mehr als 12 Monaten Nichtraucher?

Ja Nein

1) Körpergröße

 cm

2) Gewicht

 kg

3) Bist oder warst du **in den letzten fünf Jahren** in Beratung, Behandlung oder Untersuchung bei Ärzten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten wegen Krankheiten oder Unfallfolgen

3a) des **Herzens**, des **Kreislaufs** oder der **Blutgefäße** (z. B. erhöhter Blutdruck, Schmerzen in der Herzgegend, Migräne, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzkranzgefäße, Durchblutungsstörungen, Venenleiden)?

Ja Nein

3b) der **Atmungsorgane** (z. B. chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Kehlkopferkrankung)

Ja Nein

3c) des **Magens**, der **Speiseröhre**, des **Darms**, der **Leber**, der **Bauchspeicheldrüse**, der **Galle**, der **Milz** (z. B. Magengeschwür, Entzündungen, erhöhte Leberwerte)?

Ja Nein

3d) der **Nieren** und **Harnwege**, der **Blase**, der **Geschlechtsorgane**, der **Prostata**, der **Brust** (z. B. Steinleiden, Zysten, Entzündungen)?

Ja Nein

3e) des **Stoffwechsels**, der **Schilddrüse** (z. B. Diabetes, Blutzucker bzw. Cholesterin erhöht, Gicht)?

Ja Nein

3f) des **Blutes** oder **Tumorerkrankungen** (z. B. Anämie, Leukämie, Krebs, Lymphknoten)?

Ja Nein

3) Bist oder warst du **in den letzten fünf Jahren** in Beratung, Behandlung oder Untersuchung bei Ärzten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten wegen Krankheiten oder Unfallfolgen

3g) in Form von **Bindegewebserkrankungen** oder **entzündlichen Gelenkerkrankungen** (z. B. Rheumatismus, Arthritis, Bechterew, Leistenbruch)?

Ja Nein

3h) in Form von **Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten** (z. B. Malaria, Hepatitis, Tuberkulose)?

Ja Nein

3i) der **Psyche, des Gehirns, des Nervensystems** (z. B. Depressionen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Psychotherapien, Bulimie, Essstörungen, Suizidversuch, Multiple Sklerose, Anfallsleiden, Lähmungen, Schlaganfall)?

Ja Nein

3j) der **Augen** (z. B. Sehstörungen, grauer oder grüner Star, Blindheit)?

Ja Nein

↳ **Wenn „ja“**, bitte Dioptrienwert angeben:

links dpt

rechts dpt

3k) der **Ohren, der Sinnesorgane** (z. B. Ohrengeräusche, Hörsturz, vermindertes Hörvermögen, verminderter Geschmacks- oder Geruchssinn)?

Ja Nein

3l) des **Rückens, der Wirbelsäule** und **Bandscheiben** (z. B. Skoliose, HWS-Syndrom, BWS-Syndrom, LWS-Syndrom, Rücken- bzw. Nackenschmerzen, Lumbago, Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Ischias)?

Ja Nein

3m) des **Bewegungsapparates, der Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder** und **Sehnen** (z. B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Bänderschäden, Meniskusschäden)?

Ja Nein

3n) der **Haut** oder **Allergien** (z. B. Ekzem, Neurodermitis, Heuschnupfen, Hausstauballergie, Medikamentenallergie, Insektenallergie)?

Ja Nein

3o) aufgrund des Konsums von **Alkohol, Nikotin, Drogen** oder **Medikamenten**?

Ja Nein

4) Wurdest du **in den letzten zehn Jahren stationär** behandelt (auch Reha-Maßnahmen, Kuren, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlentherapie, Chemotherapie)?

Ja Nein

5) Wurde bei dir eine **HIV-Infektion** festgestellt?

Ja Nein

↳ Wenn „ja“, wann?

6) Besteht eine **Behinderung**, eine **Erwerbsminderung (MdE)**, eine **Schwerbehinderung** oder eine **Wehrdienstbeschädigung (WDB)**?

Ja Nein

↳ Wenn „ja“, welche (Art und Ursache der Behinderung, Erwerbsminderung, Schwerbehinderung bzw. Wehrdienstbeschädigung)?

↳ Wenn „ja“, in welchem Ausmaß (Grad der Behinderung [GdB], Grad der MdE, Grad der WDB)?

 %

↳ Wenn „ja“, seit wann?

↳ Wenn „ja“, bitte auch Rentenbescheid in simplr hochladen

 erledigt

Gib nachfolgend bitte Einzelheiten zu allen vorstehenden Fragen an, die du mit „ja“ beantwortet hast. **Wichtig:** Für eine bestmögliche Beratung ist es notwendig, dass alle innerhalb der jeweils genannten Zeiträume erfolgten Behandlungen, Untersuchungen, Arztbesuche etc. aufgeführt werden. Sollte der Platz dafür nachfolgend nicht ausreichen, lade uns einfach ein ergänzendes Freitextdokument (bspw. eine Word-Datei) in simplr hoch.

i Folgende Informationen werden zu deinen nachfolgenden Angaben benötigt
Hinweis an Risikoprüfer: Bei den Angaben in diesem Textfeld handelt es sich um Ausfüllbeispiele, nicht um Kundenangaben!

Komplexität	Erläuterung	Beispiele
gering	knappe Erläuterung der Erkrankung, Behandlung, Medikation etc.	- Vorsorgeuntersuchung ohne krankhaften Befund - vollständig ausgeheilte Erkältung
mittel	ausführlichere Erläuterung der Erkrankung, Behandlung, Medikation etc.	- medikamentös eingestellte Schilddrüsenunterfunktion: keine Formveränderung, tägliche Einnahme von 50 mg L-Thyroxin - Skoliose seit 4 Jahren beschwerdefrei und Cobb-Winkel 12°
hoch	ausführliche Erläuterung der Erkrankung, Behandlung, Medikation etc. und zusätzlich je nach Erkrankung/Behandlung: Arztbericht, Krankenhausentlassungsbericht, Bericht zu Nachsorgeterminen, aktuelles Blutbild etc.	- ambulante Psychotherapie, Diagnose: Anpassungsstörung, zwölf Sitzungen, Details siehe beigefügten Abschlussbericht - Blinddarmentfernung aufgrund einer Entzündung des Wurmfortsatzes, Details siehe beigefügten Krankenhausentlassungsbericht und Krankenhausnachsorgebericht

zu Frage Nr.	Beschwerden (bspw. Symptome, Diagnosen, Verlauf)	Behandlungen & Folgen (bspw. Therapien, Medikation, Einschränkungen)	Behandlungszeitraum	ausgeheilt
			von <input type="text"/> bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> noch in Behandlung	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ↳ seit <input type="text"/>
			von <input type="text"/> bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> noch in Behandlung	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ↳ seit <input type="text"/>

Fortsetzung der Tabelle auf der Folgeseite

zu Frage Nr.	Beschwerden (bspw. Symptome, Diagnosen, Verlauf)	Behandlungen & Folgen (bspw. Therapien, Medikation, Einschränkungen)	Behandlungszeitraum	ausgeheilt
			von <input type="text"/> bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> noch in Behandlung	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ↳ seit <input type="text"/>
			von <input type="text"/> bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> noch in Behandlung	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ↳ seit <input type="text"/>
			von <input type="text"/> bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> noch in Behandlung	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ↳ seit <input type="text"/>
			von <input type="text"/> bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> noch in Behandlung	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ↳ seit <input type="text"/>
			von <input type="text"/> bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> noch in Behandlung	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ↳ seit <input type="text"/>

Sollte der Platz nicht ausreichen, lade uns einfach ein ergänzendes Freitextdokument in simplr hoch.