Risikofragebogen
Berufsunfähigkeitsversicherung

optimal absichern

Ihre persönlichen Angaben

Name und Vorname _____ Telefon _____ E-Mail _____

Anschrift mit PLZ, Wohnort, Straße und Hausnummer _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht _____ Nationalität _____ Familienstand _____ Kinder im Haushalt _____

Angaben zu Ihrem Beruf und Ihrem Werdegang

Berufsbezeichnung _____ Arbeitgeber oder Branche _____

Ausbildung als _____ Art der Ausbildung _____

Studium als _____ Höchster akademischer Abschluss _____

Anteil Bürotätigkeit in % _____ Anteil körperliche Tätigkeit in % _____ Anteil Reisetätigkeit in % _____

Haben Sie Mitarbeiterverantwortung? Nein ☐ Ja ☐ _____ Vollzeitmitarbeiter _____ Teilzeitmitarbeiter

Wie hoch ist Ihr Bruttoeinkommen (Selbstständige: Gewinn vor Steuern) in diesem und in den vergangenen 3 Jahren?

laufendes Jahr in Euro _____ 20___ in Euro _____ 20___ in Euro _____ 20___ in Euro _____

Besteht bereits eine Absicherung?

Besteht bereits eine BU-Absicherung? Nein ☐ Ja ☐

Bleibt die bestehende Absicherung bestehen? Nein ☐ Ja ☐

Versicherer des Bestandsschutzes _____ Versicherungsbeginn _____ Versicherungsende _____

Zahlbeitrag in Euro _____ Maximalbeitrag in Euro _____ Zahlweise _____

Gibt es in der bestehenden Absicherung eine Erschwernis? Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, welche: _____

Gibt es weitere BU-Absicherungen (betrieblich oder über ein Versorgungswerk) ? Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, welche: _____

Ihr gewünschter Versicherungsschutz

Beginn des Schutzes _____ Laufzeit bis _____ Gewünschte BU-Absicherung _____

Ist eine ergänzende Todesfallabsicherung gewünscht? Nein ☐ Ja ☐

Soll die Arbeitskraftabsicherung mit der Altersvorsorge kombiniert werden? Nein ☐ Ja ☐

Gibt es weiteren Absicherungsbedarf? Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, welchen?

_____

_____

Risikofragen

1 Wie groß und wie schwer sind Sie?

Größe in cm _____ Gewicht in kg _____

2 Sind Sie Raucher? Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, was rauchen Sie und wie viel?

_____

3 Bestehen in Ihrem Beruf besondere Gefahren? *(z. B. Umgang mit Chemikalien oder gesundheitsgefährdenen Stoffen)* Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, welche

_____

optimal absichern

4 Üben Sie gefährliche Sportarten oder Hobbys aus? *(z. B. Tauchsport, Kampfsport, Pferdesport, Leistungs- oder Extremsport)* Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, welche?

_____

5 Beabsichtigen Sie in der nächsten 12 Monaten Aufenthalte von mehr als 3 Monaten außerhalb Europas? Nein ☐ Ja ☐

Welches Land bzw. welche Region? _____ Ab wann? _____

Wie lange? _____ Anlass? _____

6 Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Anträge auf Lebens, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Grundfähigkeitsversicherungen mit Erschwerungen (z. B. Zuschläge, Leistungsausschlüsse) angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt? Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, bei welcher Versicherung? _____ Art der Versicherung? _____

Aufgrund welcher Erschwernis?

_____

Gesundheitsfragen

1 **Sind oder waren Sie in den vergangenen 5 Jahren bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten in Beratung, Behandlung oder Untersuchung wegen Krankheiten oder Beschwerden ...**

a) des Herzens, des Kreislaufs oder der Gefäße? Nein ☐ Ja ☐
(z. B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Thrombosen, Schlaganfall, Krampfadern)

b) der Atmungsorgane, der Lunge, der Bronchien, des Zwerchfells oder wegen Allergien? Nein ☐ Ja ☐
(z. B. Asthma bronchiale, Ekzem, Schlafapnoe, chronische Bronchitis)

c) der Verdauungsorgane? Nein ☐ Ja ☐
(z. B. Bauchspeicheldrüsenentzündung, Lebervergrößerung, Magenschleimhautentzündung, Sodbrennen)

d) der Nieren, der Harnwege, der Blase, der Prostata, der Geschlechtsorgane oder der Brust? Nein ☐ Ja ☐
(z. B. Niereninsuffizienz, Zystennieren, Nierensteine, knotige Veränderungen, Entzündungen)

e) des Stoffwechsels, der Schilddrüse, der blutbildenden Organe oder des Hormonhaushalts? Nein ☐ Ja ☐
(z. B. Diabetes, erhöhte Cholesterin- oder Triglyceridwerte, Gicht, Schilddrüsenerkrankungen)

f) des Blutes, der Drüsen oder der Milz? Nein ☐ Ja ☐
(z. B. Anämie, Leukämie, Durchblutungsstörung, Blutgerinnungsstörung, Hämorrhoiden

g) wegen akuten oder chronischen Infektionen? Nein ☐ Ja ☐
(z. B. HIV, Pfeiffersches Drüsenfieber, Borresiose, Hepatitis

h) des Gehirns, des Nervensystems oder des Rückenmarks? Nein ☐ Ja ☐
(z. B. Parkinson, Migräne, Epilepsie, Lähmungserscheinungen)

i) der Psyche? Nein ☐ Ja ☐
(z. B. Erschöpfungssyndrom, Burn-out, Depressionen, Angststörungen, berufliche und/oder private Belastungssituationen)

j) des Rückens, der Schultern, der Wirbelsäule oder der Bandscheiben? Nein ☐ Ja ☐
(z. B. Hexenschuss, Skoliose, Bandscheibenvorfall, Rückenschmerzen, Verspannung)

k) der Knochen, der Gelenke, der Bänder, der Sehnen oder der Muskeln? Nein ☐ Ja ☐
(z. B. Knochenbrüche, Meniskusschaden, Bänderrisse, Sehnenscheiden- oder Schleimbeutelentzündung)

l) der Haut? Nein ☐ Ja ☐
(z. B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Ekzem, Schuppenflechte, Tierhaarallergie)

m) der Augen? Nein ☐ Ja ☐
(z. B. Fehlsichtigkeit, Hornhautverkrümmung, erhöhter Augendruck, grauer/grüner Star, Netzhautablösung)

kurzsichtig ☐ **Dioptrien links** _____
weitsichtig ☐ **Dioptrien rechts** _____

n) der Ohren? Nein ☐ Ja ☐
(z. B. Tinnitus, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Gleichgewichtsstörung, Schwindel)

o) durch Erkrankungen oder Fehlfunktionen des Immunsystems? Nein ☐ Ja ☐
(z. B. Rheuma, Multiple Sklerose, chronisch entzündliche Darmerkrankungen)

o) aufgrund einer Tumorerkrankung? Nein ☐ Ja ☐
(z. B. Krebs, Zysten)

2 **Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig (z. B. mindestens über einen Monat hinweg oder über einen Zeitraum von mehr als 14 Tagen täglich) Medikamente ein?** Nein ☐ Ja ☐

3 **Haben in den vergangenen 10 Jahren stationäre Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche derzeit ärztlich empfohlen oder beabsichtigt?** Nein ☐ Ja ☐

4 **Konsumieren oder konsumierten Sie in den letzten 5 Jahren Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel oder wurden Sie wegen der Folgen des Konsums von Alkohol beraten oder behandelt?** Nein ☐ Ja ☐

5 **Sind oder waren Sie aus gesundheitlichen Gründen in den vergangenen 5 Jahren über 14 Tage nicht in der Lage, Ihrer beruflichen/schulischen Tätigkeit nachzugehen?** Nein ☐ Ja ☐

optimal absichern

6 **Bestehen (auch angeborene) körperliche oder geistige Beeinträchtigungen, Behinderungen oder Störungen?** Nein ☐ Ja ☐

(z. B. Folgen von Unfällen, chronischen Erkrankungen, Organfehler, Krankheiten, Vergiftungen, Verletzungen oder Amputationen)

7 **Erhalten, erhielten oder beantrag(t)en Sie in den letzten 5 Jahren eine Rente wegen Erwerbs-, Berufs- oder Grundunfähigkeit, einer Erwerbsminderung oder aus anderen gesundheitlichen Gründen oder besitzen oder beantrag(t)en Sie die Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) oder liegt Ihnen ein Feststellungsbescheid vor?** Nein ☐ Ja ☐

(Bitte laden Sie Kopien der Bescheide in den digitalen Finanzmanager hoch, z. B. Rentenbescheid mit Begründungsteil, GdB-Feststellungs- oder Ablehnungsbescheid, Schwerbehindertenausweis).

Ergänzende Angaben

Für eine erste Einschätzung ergänzen Sie bitte die Antworten, die Sie mit Ja beantwortet haben. Hilfreich sind für uns Hinweise auf Art, Umfang und Dauer der Erkrankung. Auch Hinweise auf Therapien, Medikationen und sonstige Behandlungen helfen uns. Wenn der Platz hier nicht ausreicht, verwenden Sie dieses Blatt gerne mehrfach oder nutzen Sie einsepares Blatt.

Hilfreich sind z. B. Informationen zur Art der Erkrankung, Behandlungsdauer, aktueller Status der Beschwerden, zu behandelnden Ärzte mit Namen und vollständiger Anschrift. Vorhandene Arztberichte, Befunde, Blutbilder, Atteste etc. bitte zusammen mit diesem Bogen in den digitalen Finanzmanager hochladen.

Ergänzung zu Frage _____

Ergänzung zu Frage _____

Ergänzung zu Frage _____

Hiermit stimme ich der Verwendung, Speicherung und Verarbeitung meiner persönlichen Daten bzw. Angaben im Rahmen der Beratung und Vermittlung durch die optimal absichern GmbH, Beckerskamp 1, 25358 Horst, und deren Mitarbeitern ausdrücklich zu. Diese Zustimmung kann jederzeit in Textform per Mail an service@optimal-absichern.de widerrufen werden.

Ort und Datum _____

Unterschrift der Kundin/ des Kunden _____

So geht es weiter in 3 Schritten

1 Loggen Sie sich ein

Die Plattform für unsere Zusammenarbeit ist der digitale Finanzmanager. Den sicheren Zugang gibt es als App für Android und iOS und als Desktop-Variante unter www.meine-finanzen.digital.

Nutzen Sie Ihre E-Mail-Adresse, um sich im digitalen Finanzmanager einzuloggen.

2 Unterlagen hochladen

Wir möchten Sie bitten, alle Unterlagen für die Risikovoranfrage ausschließlich im digitalen Finanzmanager hochzuladen und sie *nicht* per Mail zu senden. Diese Unterlagen benötigen wir vor allem:

- ☐ **Risikofragebogen**
- ☐ **Arztberichte**
- ☐ **Atteste**
- ☐ **Befundberichte**
- ☐ **Laborwerte**
- ☐ **Patientenquittung der GKV**

Bitte beachten Sie:

- ☐ **Wir benötigen alle Dokumente als PDF. Keine Bilder oder andere Formate.**
- ☐ **Keine Einzelseiten hochladen. Zusammengehörige Dokumente auch als 1 PDF hochladen.**
- ☐ **Tools wie Adobe Acrobat helfen dabei, Seiten zusammenzufügen.**
- ☐ **Dokumente beschriften, z. B. *Risikofragebogen* oder *Arztbericht Dr. Müller***

3 Jetzt sind wir dran!

Wir fügen den relevanten Inhalt aller Dokumente für Sie zu einer Übersicht über Ihren Gesundheitsstatus zusammen. Diese Übersicht erhalten Sie von uns und wir stimmen uns zu möglicherweise offenen Punkten oder fehlenden Dokumenten mit Ihnen telefonisch, per Video-Konferenz oder per E-Mail ab.

Am Ende entsteht so eine Dokumentation, die wir für Sie anonymisieren und die wir als Grundlage für die Risikovoranfrage nehmen und mit denen wir ins Gespräch mit den Versicherungsgesellschaften und Risikoprüfern gehen, um Ihre Versicherbarkeit abzustimmen.