

Anonyme Risikovorabfrage

Zur Berufs-, Dienst-, Grund- und Risikolebensversicherung, sowie zur Privaten Krankenvoll- und Zusatzversicherung

1 Allgemeine Kundeninformationen

Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers In Deutschland seit: _____

2 Bestehender Versicherungsschutz

Bestehende Versicherungsverträge:

☐ PKV Voll ☐ PKV Zusatz ☐ BU ☐ DU ☐ GU ☐ Risikoleben ☐ kein bestehender Vertrag

BU/DU/GU:

Aktuelle Absicherung in EUR (mtl.): _____

Gesellschaft: _____

Zahlbeitrag: _____ Tarifbeitrag: _____

Endalter: _____

Vertrag liegt zur Prüfung vor:

☐ Ja ☐ Nein

PKV:

Aktueller PKV Tarif: _____

Gesellschaft: _____

Monatlicher Beitrag: _____

Selbstbeteiligung: _____

Vertrag liegt zur Prüfung vor:

☐ Ja ☐ Nein

Bitte ergänzen Sie ggfs. Ihre gemachten Angaben im Notizfeld:

3 Gewünschter Versicherungsschutz

Ich wünsche Prüfung der Versicherbarkeit für:

☐ PKV Voll ☐ PKV Zusatz ☐ BU ☐ DU ☐ GU ☐ Risikoleben

BU/DU/GU:

Versicherungsbeginn: _____

Gewünschte BU/DU/GU-Rente (mtl.): _____

Endalter: _____

PKV:

Versicherungsbeginn: _____

Selbstbeteiligung pro Jahr: _____

Stationäre Unterbringung:

☐ Mehrbettzimmer

☐ 1 oder 2-Bettzimmer mit Chefarzt

Primärarztprinzip (Hausarzt): ☐ Ja ☐ Nein

Leistungen über die GOÄ: ☐ Ja ☐ Nein

Zahnerstattung bis ☐ 60% ☐ 75% ☐ 100%

Krankentagegeld _____ Euro ab dem _____ Tag

Bitte ergänzen Sie ggfs. Ihre gemachten Angaben im Notizfeld:

.....

.....

.....

.....

.....

Anonyme Risikovorfrage

Zur Berufs-, Dienst-, Grund- und Risikolebensversicherung, sowie zur Privaten Krankenvoll- und Zusatzversicherung

4 Allgemeine Fragen zum Beruf

Absolvierte Berufsausbildung: _____

Berufsbezeichnung: _____

Höchster beruflicher Bildungsgrad: _____

Branche: _____

Höchster akademischer Bildungsgrad: _____

Beschäftigung: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit _____ Std. pro Woche ☐ Saisonarbeit

☐ Angestellter ☐ Selbständiger/Freiberufler ☐ Auszubildender ☐ Hausfrau/Hausmann

☐ Student ☐ Schüler ☐ Beamter auf Lebenszeit ☐ Beamter auf Widerruf/Probe

5 Detailfragen zum Beruf

Streben Sie aus medizinischen Gründen einen Arbeitsplatzwechsel an bzw. haben Sie jemals deshalb den Arbeitsplatz gewechselt oder eine Tätigkeit aufgegeben? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Erkrankung? _____

Sind Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit besonderen Gefahren ausgesetzt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

_____ Anteil Bürotätigkeit in % _____ Anteil körperlicher Arbeit in % _____ Anteil sonstige Tätigkeiten in %

Jahreseinkommen der letzten drei Jahre:

20____: _____ Brutto _____ Netto 20____: _____ Brutto _____ Netto 20____: _____ Brutto _____ Netto

Haben Sie Personalverantwortung? ☐ Ja, für _____ Personen ☐ Nein

Notizen

Anonyme Risikovorabfrage

Zur Berufs-, Dienst-, Grund- und Risikolebensversicherung, sowie zur Privaten Krankenvoll- und Zusatzversicherung

6 Gesundheitsfragen

I. Allgemeine Fragen zur persönlichen Situation

	Ja	Nein
1. Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate aktiv geraucht, gedampft (nikotin- haltig sowie nikotinfrei) oder in sonstiger Form Nikotin konsumiert? z.B. Genuss von Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen, Shishas (Wasserpfeifen) - jeweils auch in elektrischer Form. Oder haben Sie Nikotin-Kaugummi konsumiert oder Nikotin-Pflaster verwendet?	☐	☐
Wenn ja, was genau und wie viel? _____		
2. Betreiben Sie in der Freizeit gefährliche Sportarten/Hobbies? (z.B. Flugsport, Wassersport, Motorsport, Reitsport, Berg- und Klettersport, Tauchsport, Kampf- sport, etc.)	☐	☐
3. Ist in den nächsten 12 Monaten ein Auslandsaufenthalt von mehr als 3 Monaten geplant?	☐	☐
Welches Land/welche Region? _____		
Wie lange? _____		
Wann? _____		
Aus welchem Anlass? _____		
4. Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Anträge bei Lebensversicherungsgesell- schaften zu erschwerten Bedingungen (z.B. Zuschläge, Leistungsausschlüsse) angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt?	☐	☐
Wo? _____		
Art der Versicherung? _____		
Erschwerung? _____		
Aus welchem Grund? _____		
Höhe der Versicherungssumme in EUR _____		
5. Beziehen bzw. bezogen Sie eine Rente aus gesundheitlichen Gründen oder we- gen eines Unfalls oder ist eine Rente aus gesundheitlichen Gründen beantragt?	☐	☐
6. Besteht eine körperliche oder geistige Beeinträchtigung, ein Organfehler oder eine angeborene Erkrankung?	☐	☐
7. Besteht ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB) oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt?	☐	☐
8. Größe _____ Gewicht _____		

Anonyme Risikovorfrage

Zur Berufs-, Dienst-, Grund- und Risikolebensversicherung, sowie zur Privaten Krankenvoll- und Zusatzversicherung

II. Spezifische Gesundheitsfragen

	Ja	Nein
1. Sind Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte, Heilpraktiker, Krankengymnasten, Psychologen oder sonstige Therapeuten oder Angehörige der Gesundheitsberufe untersucht, behandelt oder beraten worden wegen Erkrankungen, Störungen oder Unfallfolgen?	☐	☐
2. Sind Sie oder waren Sie innerhalb der letzten ☐ 5 oder ☐ 10 Jahre in psychologischer Behandlung?	☐	☐
3. Haben innerhalb der letzten 10 Jahre Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte und/oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche ärztlich empfohlen oder beabsichtigt?	☐	☐
4. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren in festen zeitlichen Abständen (z.B. täglich, monatlich oder vierteljährlich) apothekenpflichtige Arzneimittel zu sich?	☐	☐
5. Wurde eine HIV-Infektion festgestellt bzw. steht ein Testergebnis aus?	☐	☐
6. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen einer bösartigen Krebs- oder Tumorerkrankung behandelt?	☐	☐
7. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 10 Jahre Betäubungsmittel, Drogen oder Alkohol ein oder wurden Sie wegen der Folgen des Konsums beraten oder behandelt?	☐	☐
8. Besteht eine Schwangerschaft?	☐	☐
9. Haben Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen wegen unerfülltem Kinderwunsch stattgefunden bzw. ist eine Sterilität oder Unfruchtbarkeit bekannt?	☐	☐
10. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden bezüglich:		
a des Herzens, des Kreislaufs, der Arterien, oder der Venen? (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Arterienverkalkung, Herzklappenfehler, Rhythmusstörung, Schlaganfall, Durchblutungsstörung)	☐	☐
b der Atmungsorgane, Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z.B. chronische Bronchitis, Asthma, Atemwegsprobleme, Lungenentzündung, Tuberkulose, Emphysem, Schlafapnoe)	☐	☐
c der Wirbelsäule, Bandscheibe, des Rückens (z.B. Hexenschuss, Ischias, Bandscheibenvorfall, WS-Syndrom, Wirbelsäulenverkrümmung, Rückenschmerzen)	☐	☐
d der Knochen, Gelenke, Bänder, Sehnen (z.B. Gelenkverschleiß, Arthrose, Knochenbrüche, rheumatische Beschwerden, Meniskusschaden, Bänderrisse, Schenenscheid- oder Schleimbeutelentzündung, Muskelschwund)	☐	☐
e der Haut, Allergien (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, (Kontakt-)Ekzem, Schuppenflechte, Lebensmittelallergie)	☐	☐

Anonyme Risikovorfrage

Zur Berufs-, Dienst-, Grund- und Risikolebensversicherung, sowie zur Privaten Krankenvoll- und Zusatzversicherung

	Ja	Nein
f der Augen (z.B. Sehstörung, Fehlsichtigkeit, mehr als 6 Dioptrien, erhöhter Augendruck, grauer/grüner Star, Netzhautablösung, Laserbehandlung) Dioptrien: ___ links ___ rechts ☐ kurzsichtig ☐ weitsichtig Brillenträger: ☐ Ja ☐ Nein	☐	☐
g der Ohren (z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen, Schwindel)	☐	☐
h der Psyche (z.B. Angststörung, Erschöpfungssyndrom und psychomatische Störung, Burn-Out-Syndrom, Depression, Essstörung, Suizidversuch, chronische Müdigkeit, Magersucht, Nervenzusammenbruch, Schizophrenie, Hyperaktivität)	☐	☐
i des Gehirns, Nervensystems, Rückenmarks (z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Migräne, Bewusstseinsverlust, Parkinson-/Alzheimer-Krankheit, Lähmungen, Nervenentzündung)	☐	☐
j akute oder chronische Infektionen (z.B. Malaria, Hepatitis, Borreliose, Gürtelrose, Pfeiffersches Drüsenfieber)	☐	☐
k des Blutes, der Milz (z.B. Anämie, Leukämie, Durchblutungsstörung, Blutgerinnungsstörung, Hämorrhoiden)	☐	☐
l des Stoffwechsels und Drüsen (z.B. Diabetes, Blutfetterhöhung, Gicht, Harnsäurerhöhung, Cholesterinerhöhung, Triglyceriderhöhung, Funktionsstörung der Schilddrüse)	☐	☐
m an Harn- und Geschlechtsorganen (z.B. Nieren, Blase, Prostata, Unterleib, Brust, Eierstöcke, Gebärmutter, Zysten)	☐	☐
n der Verdauungsorgane, Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber, Magengeschwür, erhöhte Leberwerte, Fettleber, Sodbrennen, wiederkehrende Durchfälle/Verdauungsstörungen, Speiseröhrenvarizen - oder entzündung	☐	☐
Folgende Angaben sind nur zu machen bei Wunsch auf eine Private Krankenvoll- oder Zahnzusatzversicherung:		
11. Wieviele Zähne – außer fehlenden Weisheitszähnen und vollständigem Lückenschluss – fehlen und sind noch nicht ersetzt worden? _____		
12. Finden derzeit oder fanden in den letzten 5 Jahren zahnärztliche, kieferorthopädische oder parodontale Maßnahmen statt oder sind solche für die Zukunft angeraten oder beabsichtigt?	☐	☐
13. Wird eine Aufbissschiebe getragen?	☐	☐
14. Besteht eine Zahnbetterkrankung (Parodontitis) oder Zahnfehlstellung (auch Kieferanomalien)?	☐	☐
15. Wie viele Zähne wurden ersetzt bzw. überkront? _____		
16. Wann erfolgte der Zahnersatz bzw. die Überkronung (Monat/Jahr)? _____		
17. Wann fand die letzte zahnärztliche Untersuchung statt (Monat/Jahr)? _____		

Anonyme Risikovorabfrage

Zur Berufs-, Dienst-, Grund- und Risikolebensversicherung, sowie zur Privaten Krankenvoll- und Zusatzversicherung

Frage	Diagnose/ Beschwerden	Wann, wie oft, wie lange?	Behandlung/ Medikation	Beschwerden seit

Ärztliche Dokumente liegen bei?

☐ Ja ☐ Nein

Selbstauskünfte liegen bei?

☐ Ja ☐ Nein

Notizen

Anonyme Risikovorfrage

Zur Berufs-, Dienst-, Grund- und Risikolebensversicherung, sowie zur Privaten Krankenvoll- und Zusatzversicherung

Wichtige Informationen zur Risikovorfrage:

Sie erteilen der S & C Vermögensmanagement GmbH eine Erlaubnis Ihre getätigten Gesundheitsangaben in Form einer anonymisierten Risikovorfrage an Versicherungsgesellschaften weiterzugeben, um passende Angebote für eine Lebens- oder Private Krankenversicherung zu erhalten. Es wird deutlich darauf hingewiesen, dass keine verbindliche Willenserklärung zu einem Versicherungsvertragsabschluss erteilt-, sondern lediglich unverbindlich geprüft wird, ob Sie Versicherungsschutz erhalten können bzw. zu welchen Bedingungen dies möglich ist. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie außerdem, dass alle Angaben von Ihnen nach bestem Wissen und Gewissen korrekt getätigt wurden.

Ihre Gesundheitsangaben in diesem Dokument können von der S & C Vermögensmanagement GmbH gesondert in Ihrem Interesse aufbereitet- und bei Versicherungsgesellschaften zur unverbindlichen Voreinschätzung eingereicht werden. Dies kann speziell dann der Fall sein, wenn bestimmte Gesundheitsangaben von Ihnen nicht in den Abfragezeitraum eines bestimmten Versicherers fallen. Bei Vertragsabschluss wird die jeweilige Voranfrage, auf die sich das Angebot eines Versicherers bezieht, mit dem Antrag eingereicht und von Ihnen unterzeichnet.

Wichtige Hinweise zum Leistungsanspruch und zur vorvertraglichen Anzeigepflicht:

Als Versicherungsnehmer ist es Ihre Obliegenheit einem Versicherungsunternehmen vor Abschluss eines Versicherungsvertrages die zur Risikobeurteilung und tariflichen Einstufung relevanten Informationen (Ihre persönlichen-, beruflichen- und gesundheitlichen Informationen, sowie Vorversicherungen und frühere Anträge) mit dem Versicherungsantrag korrekt zur Verfügung zu stellen. Stellt sich im Leistungsfall heraus, dass Sie im Versicherungsantrag falsche Angaben gemacht haben, hat der Versicherer ggf. das Recht vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder den Vertrag anzupassen.

Die vorvertragliche Anzeigepflicht ist gesetzlich im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) unter §19 geregelt. Die Bedeutung der Antragsfragen im Versicherungsvertrag, in Bezug auf die zu erfüllende vorvertragliche Anzeigepflicht, wurde erläutert.

Sie erkennen an, dass Sie bei Vertragsabschluss alle Fragen im Antrag gelesen und verstanden haben, auch wenn der Vermittler diesen für Sie ausgefüllt- und Ihnen zur Unterschrift vorgelegt hat. Sie haben außerdem die Belehrung zu den Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gemäß §19 Abs. 5 VVG zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift Kunde, ggf. Partner/in