

Arbeitskraftabsicherung

Risikovorfrage

Vermittler: _____

Vermittler-Nr.: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Interessent

Herr Frau

Name _____

Geb.-Datum _____

Tarifvorgaben

Absicherungsart

Berufsunfähigkeit

Grundfähigkeit

Erwerbsunfähigkeit

Beitragszahlungsweise

jährlich

vierteljährlich

halbjährlich

monatlich

Ausbildung /Abschluss /Beruf

Berufliche Ausbildung _____

Bruttojahreseinkommen _____

Beruf _____

Branche _____

(Studenten bitte auch das Fach-/Studien-/ Berufsziel angeben)

Angestellter

Akademiker

Selbständiger

Beamter auf Lebenszeit

Öffentlicher Dienst

Beamter auf Widerruf/Probe

Besoldungsgruppe _____

Tarifvorgaben

Höhe der Berufsunfähigkeitsrente mtl. in Euro _____

Dynamik in % _____

keine Dynamik

Beginn: _____

Versicherungsdauer in Jahre _____

oder Endalter in Jahren _____

Leistungsdauer in Jahre _____

oder Endalter in Jahren _____

Gesellschaften

bereits angefragte Gesellschaften

gewünschte Gesellschaften

Gesundheitsfragen

Raucher

Körpergröße in cm _____

Nichtraucher - seit wieviel Jahren? _____

Gewicht in kg _____

1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Unfallfolgen oder körperliche Schäden

(Wenn zutreffend bitte ankreuzen!)

1.1 Der Atmungsorgane (auch Nasennebenhöhlenerkrankung, Heuschnupfen, Allergie, Kehlkopf-, Rippenfellkrankung, Schlafapnoe)?

1.2 Des Herzens oder der Kreislauforgane/Gefäße (auch Bluthochdruck [Werte größer 140/90 mmHg], Krampfadern, Thrombose, Arteriosklerose, Durchblutungsstörungen, Lymphödem, Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung)?

1.3 Der Nieren, der Harnwege (auch Blut oder Eiweiß im Urin) oder der Geschlechtsorgane (auch Brustdrüsen, Prostata; auch Schwangerschaftskomplikationen)?

1.4 Der Verdauungsorgane (auch Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Gallenblase, Leber; auch Sodbrennen, Magenschmerzen [mehr als 2-mal im Jahr oder länger als 48 h], Blut im Stuhl)?

1.5 Des Stoffwechsels (auch Diabetes, Cholesterin-, Triglycerid-, Harnsäureerhöhung)?

1.6 Der Augen?

linkes Auge

Kurzsichtigkeit

Weitsichtigkeit

rechtes Auge

Kurzsichtigkeit

Weitsichtigkeit

1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Unfallfolgen oder körperliche Schäden

(Wenn zutreffend bitte ankreuzen)

- 1.6.2 Andere Augenerkrankungen (auch Doppelbilder, Gesichtsfeldeinschränkung, Laserbehandlung)?
- 1.7 Der Ohren (auch Schwindelzustände, Ohrgeräusche [Tinnitus])?
- 1.8 Des Rückens oder Nackens (auch Wirbelsäulen-, Bandscheibenschäden, Rückenschmerzen [mehr als 2-mal im Jahr oder länger als 48 h], Schleudertrauma, Ischias, Cervicobrachialgie)?
- 1.9 Der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen, Bänder (auch Meniskusschaden, Gicht, Rheuma, Gelenkschmerzen [mehr als 2-mal im Jahr oder länger als 48 h], Fibromyalgie)?
- 1.10 Der Haut (auch Allergie)?
- 1.11 Der Drüsen (auch Schilddrüse; auch Hormonstörung), der Milz oder des Blutes (auch Gerinnungsstörungen)?
- 1.12 Des Gehirns (auch Migräne, Kopfschmerzen [mehr als 12-mal pro Jahr oder länger als 48 h], Demenz) oder der Nerven (auch Epilepsie, Lähmung, Multiple Sklerose)?
- 1.13 Der Psyche (auch Angst-, Essstörung, Schlafstörung [mehr als 5-mal im Monat], Erschöpfungszustände, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom)?
- 1.14 Infektionskrankheiten (länger als 1 Monat oder mehr als 4-mal im Jahr)?
- 1.15 Gutartige Tumore?

- 2 Haben Sie in den letzten 5 Jahren einen Selbsttötungsversuch unternommen?
- 3. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Medikamente ein (d.h. mehr als 1 Monat lang täglich Medikamente oder mehr als 20 Tagen im Jahr gleichartiges Medikament; auch Schlaf-, Schmerz-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)?
- 4. Sind Sie in den letzten 5 Jahren von Ärzten, Psychologen, Krankengymnasten oder Heilpraktikern untersucht, beraten oder behandelt worden?
- 5. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Alkohol zu sich (d.h. mehr als 1 Monat lang täglich oder an mehr als der Hälfte der Tage eines Jahres)?
- 6. Haben Sie in den letzten 5 Jahren Drogen zu sich genommen?
- 7. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren **stationär** untersucht oder behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Untersuchung /Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 2 Jahren vorgesehen oder empfohlen?
- 8. Wurde eine HIV Infektion festgestellt oder steht ein Testergebnis noch aus?
- 8.1 Wurde eine Krebserkrankung festgestellt (bösartiger Tumor, Leukämie, Lymphome)?
- 9. Bestehen Behinderungen (auch angeborene) oder haben Erkrankungen oder Unfälle Folgen hinterlassen (falls erteilt, auch Grad der Behinderung [GdB], Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE], Grad der Schädigungsfolgen [GdS] oder Wehrdienstbeschädigung [WOB] angeben)?
- 10. Waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 3 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig?

**Wenn eine der Fragen 1 – 10 mit „Ja“ beantwortet wurde, sind nachstehend ausführliche Angaben zu machen.
Bei Vorsorgeuntersuchung bitte Befund angeben.**

zur Frage	Art der Gesundheitsstörungen, Untersuchungen, Behandlungen, Kur, Arzneimitteleinnahme, Untersuchungsergebnisse, Fremdkörper nach Operationen	Operationen		Arbeitsunfähigkeitstage	Name und Anschrift des Heilbehandlers, bzw. der Kranken-, Heil- oder sonstigen Anstalt	Liegt völlige Ausheilung vor?		
		Ja, wann	Nein			Ja seit wann	Nein	
Nr.:	Art der körperlichen oder geistigen Fehler oder Pflegebedürftigkeit	von wann bis wann aufgetreten	Ja, wann	Nein	insgesamt		Ja seit wann	Nein

Datenschutzerklärung

Der Antragsteller/Vertriebspartner der Fa. Qualitypool bestätigt mit der Übergabe dieser Anfrage, dass ihm die rechtswirksame Einwilligung zur Übergabe der personenbezogenen Daten des betroffenen Kunden, einschließlich besonderer Kategorien wie Gesundheitsdaten, zur Bearbeitung, Angebotserstellung und zum Zwecke der Erlangung des gewünschten Versicherungsschutzes an die Qualitypool GmbH, Hansestr. 14, 23558 Lübeck sowie der Smart InsurTech AG, Heidestr. 8, 10557 Berlin vorliegt und die entsprechenden personenbezogenen Daten durch Qualitypool sowie Smart InsurTech verarbeitet werden dürfen.

Der Kunde kann diese Einwilligung jederzeit formfrei für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf ist an die Qualitypool GmbH, Hansestr. 14, 23558 Lübeck zu richten.

Telefon: 0451 – 14 08 7777

Mail: datenschutz@qualitypool.de

Gesprächspartner und weitere Anwesende _____

Beratungsort /Datum _____

Unterschrift Kunde _____

Unterschrift Makler _____