

# Fragebogen zur Berufsunfähigkeit

## Persönliche Daten des Antragsstellers

Name, Vorname		Titel		Straße	
Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit		Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	
				PLZ, Ort	
				brutto netto	
				Jahreseinkommen	

## Berufsstatus (Studenten, Azubis bitte auch das Fach/Studien-/Berufsziel angeben)

Beruf/Ausbildung/Branche		Personalverantwortung für <sup>Personen</sup>		Anteil der Bürotätigkeit am festen Arbeitsplatz %	
<input type="checkbox"/> angestellt					
<input type="checkbox"/> selbständig		seit wann?		Anteil der körperlichen Tätigkeit %	
				Art: %	
				Sonstige Tätigkeit	
Beamter/öffentlicher Dienst		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

## Einkommen

Möchten Sie Ihr monatliches Nettoeinkommen in Höhe von \_\_\_\_\_ € versichern?

Vielleicht möchten Sie aber lieber etwas weniger versichern?  
Wie hoch soll dann die Berufsunfähigkeitsrente mtl. sein? \_\_\_\_\_ €

Oder sind Sie (demnächst) selbständig und brauchen  
eine Rente, die höher liegt als das derzeitige Einkommen? \_\_\_\_\_ €

## Andere Ansprüche

Besteht bereits eine private Berufsunfähigkeitsrente?  ja  nein

Wenn ja, in welcher Höhe? \_\_\_\_\_ €

Bei welcher Versicherungsgesellschaft? \_\_\_\_\_

Wurde in den letzten 5 Jahren bereits ein Antrag auf eine  
Berufsunfähigkeitsversicherung gestellt, kam aber nicht  
zustande? \_\_\_\_\_

Wurde der Antrag vom Versicherer abgelehnt oder  
von Ihnen selbst wieder zurückgezogen? \_\_\_\_\_

## Wie lange soll die Versicherung laufen?

Bitte beachten Sie, dass sich der Preis nach der Laufzeit richtet. Eine Versicherungszeit bis 65 ist wesentlich teurer als bis zum 60. Lebensjahr.

Die Berufsunfähigkeitsversicherung soll

- bis 60 Jahre
- bis 63 Jahre
- bis 65 Jahre
- bis 67 Jahre laufen

---

## Gesundheitsfragen

- |  |  |   |          |
|--|--|---|----------|
| 1. Körpergröße und Körpergewicht   |  | _____ cm  | _____ kg |
| 2. Bestehen derzeit Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, Einschränkungen körperlicher oder geistiger Art (auch wenn sie nicht behandelt wurden) oder Pflegebedürftigkeit?                                     | <input type="checkbox"/> ja                                      | <input type="checkbox"/> nein   |          |
| 3. Bestanden in den letzten* Jahren Krankheiten, Beschwerden, Fehler körperlicher oder geistiger Art (auch wenn sie nicht behandelt wurden) oder Pflegebedürftigkeit?  | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> 5* Jahre | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> 6-10* Jahre |          |
| 4. Fanden in den letzten* Jahren ambulante Untersuchungen oder aufgrund von Vorerkrankungen medizinische Kontrolluntersuchungen oder Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte oder andere (z.B. Heilpraktiker) statt? | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> 5* Jahre | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> 6-10* Jahre |          |
| 5. Fanden in den letzten* Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium oder einer Heilstätte statt oder wurden sie angeraten?                      | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> 5* Jahre | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> 6-10* Jahre |          |
| 6. Wurde in den letzten* Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder in Anspruch genommen?  | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> 5* Jahre | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> 6-10* Jahre |          |
| 7. Besteht eine Fehlsichtigkeit?   | <input type="checkbox"/> ja                                      | <input type="checkbox"/> nein   |          |
|  | li   | re  |          |
|  | Dioptrien  |   |          |
| 8. Besteht eine Sterilität oder Infertilität?  | <input type="checkbox"/> ja                                      | <input type="checkbox"/> nein   |          |
| 9. Besteht eine anerkannte Behinderung? Wenn ja, bitte Kopie des Anerkennungsbescheides mit dem Wortlaut der Schädigungsfolge beifügen.  | <input type="checkbox"/> ja                                      | <input type="checkbox"/> nein   |          |
| 10. Werden bzw. wurden in den letzten 5 Jahren regelmäßig Medikamente, Drogen oder Alkohol eingenommen/konsumiert?   | <input type="checkbox"/> ja                                      | <input type="checkbox"/> nein   |          |
| 11. Rauchen Sie bzw. haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht?   | <input type="checkbox"/> ja                                      | <input type="checkbox"/> nein   |          |
| 12. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)?   | <input type="checkbox"/> ja                                      | <input type="checkbox"/> nein   |          |
| 13. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?<br>In welcher Woche?   | <input type="checkbox"/> ja                                      | <input type="checkbox"/> nein   |          |
| 14. Ist eine Behandlung, Untersuchung oder Operation - stationär oder ambulant - durch Ärzte, Heilpraktiker, Zahnärzte oder Kieferorthopäden notwendig, angeraten oder beabsichtigt?                             | <input type="checkbox"/> ja                                      | <input type="checkbox"/> nein   |          |
| 15. Sind Sie Raucher?  | <input type="checkbox"/> ja                                      | <input type="checkbox"/> nein   |          |

Nähere Angaben zu Vorerkrankungen:

Frage Nr. / Art, Verlauf, Folge der Krankheit, Verletzung, Ergebnis der Untersuchung / Wann? Wie oft? Wie lange?

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ein Abschluss ist nicht möglich, wenn in den letzten fünf Jahren eine längere Psychotherapie durchgeführt wurde.  
Alle bereits vorhandenen Erkrankungen, die nicht vollständig ausgeheilt sind, werden vom Schutz ausgenommen oder können zu einem Zuschlag führen.

FinanzFachFrauen - bundesweit - seit 1988

DIPL.-VOLKSWIRTIN TELEFON, TELEFAX MAIL, INTERNET BANKVERBINDUNG	Barbara Rojahn, Finanzberatung, Schoderstraße 10, 70192 Stuttgart 07 11/2 55 59 60, 07 11/2 55 59 61 info@frauenfinanzberatung.de, www.frauenfinanzberatung.de Postbank Hannover, Kto 630 760 308, BLZ 250 100 30 USt.-ID-Nr.: DE 212 212 380
---	---