

VORAB-RISIKO-ANFRAGE FÜR

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

ABSICHERUNGSWUNSCH

 BU-ABSICHERUNG Mtl. BU-Rente _____ €
 Endalter _____

 DREAD-DISEASE Versicherungssumme _____ €
 Endalter _____

Makler/Berater Stempel

TÄTIGKEITSBESCHREIBUNG

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus? Branche?

Sie sind tätig als

 Selbständiger
 Nichtselbständiger
 Beamter
 Angestellter im öffentlichen Dienst

Welche berufliche Ausbildung haben Sie? (Abschluss, Zusätzliche Ausbildungen, z.B. abgeschl. Studium, Meister, Techniker o.ä.)

Für wie viele sozialabgabenpflichtige Mitarbeiter tragen Sie Personalverantwortung?

Vollzeitkräfte _____ Teilzeitkräfte _____ geringf. Beschäftigte _____

Wie hoch schätzen Sie den jeweiligen prozentualen Anteil Ihrer Tätigkeit ein?

Kaufmännische Tätigkeit (Büro) _____ %
 Körperliche Tätigkeit _____ %
 Aufsichtsführend _____ %
 Reisetätigkeit _____ %

Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf ausgesetzt? (z.B. Flugrisiko, Chemikalien, radioaktive Stoffe/Strahlen)

 Ja Nein

Wenn ja, welchen Gefahren sind sie ausgesetzt? In welchem Umfang?

Sonstige Angaben bei unklaren Berufsbildern (z.B. Auslandsaufenthalt, Tätigkeitsbeschreibung, Branche, etc.) oder gefährlichen Hobbies (z.B. Tauchen, Bergsport, Motorsport, Reitsport etc.)

FAX an 09721 948712

SEITE 1 VON 2

 BU-Expertenservice GmbH
 Neutorstraße 16
 97421 Schweinfurt
 Tel.: 09721 5418183
 info@bu-expertenservice.de

GESUNDHEITSFragen

Größe in cm	Gewicht in kg
-------------	---------------

Wurden in den letzten 5 Jahren Anträge auf BU (auch Zusatzvers.) abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen?

Ja Nein

Waren Sie in den letzten 3 Jahren mehr als 5 Tage arbeitsunfähig?

Ja Nein

Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Krankheiten oder Beschwerden ...

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| A des Herzens oder des Kreislaufs? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| B der Atmungsorgane? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| C an Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Bauchspeicheldrüse, Galle? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| D an Niere und Harnwegen, Prostata, Geschlechtsorganen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| E des Stoffwechsels, des Blutes, der Schilddrüse? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| F durch akute oder chronische Infektionen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| G des Gehirns und Nervensystems? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| H der Wirbelsäule, Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder, Sehnen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| I der Haut oder Allergien? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| J der Augen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| K der Ohren? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| L der Psyche oder Suchterkrankungen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

ANGABEN z.B. Art, Schwere und Dauer, Behandlungen, Folgen, AU-Zeiten und Zeitpunkt zu Fragen

Wurden Sie in den letzten 5 Jahren in Krankenhäusern oder Kuranstalten untersucht, behandelt oder beraten?

Ja Nein

Angaben hierzu

Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt (positiver Aids-Test) oder warten Sie noch auf das Ergebnis eines durchgeführten AIDS-Tests?

Ja Nein

Sind Sie Raucher?

Ja Nein, Nichtraucher

FAX an 09721 948712

SEITE 2 VON 2