

Quick-Check – Anfrage zu BU/GF/Risiko-LV

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

- Bitte füllen Sie das folgende Formular vollständig aus
- Lassen Sie es vom Interessenten unterschreiben
 - Nur so können die Daten für 3 Monate gespeichert werden!
 - Nur so kann ein verbindliches Angebot dem Interessenten unterbreitet werden!
 - Nur so kann auf die Unterlagen und die Annahmeentscheidung im Antrag später verwiesen werden!
 - Nur so kann der Versicherungsschutz schneller dem Interessenten zur Verfügung stehen!
- Reichen Sie Zusatzerklärungen und Befunde immer mit ein
- Verzichten Sie auf Ausdrucke der Krankenkassen, da diese zu allgemein sind und keine Angaben zu den Beschwerden enthalten
- Unsere Entscheidung erhalten Sie innerhalb von 3 Arbeitstagen



Wir raten von einer Quick-Check-Anfrage bei einer Vielzahl von risikorelevanten Erkrankungen ab. Nutzen Sie lieber unsere Hotline und erhalten Sie sofort eine Annahmetendenz.



E-Mail-Adresse für die Quick-Check-Anfrage und ggf. zusätzliche Unterlagen
risikopruefung.leben@devk.de



Hotline für eine Annahmetendenz oder Berufseinstufungen
0221/757-3016

Quick-Check – Anfrage zur BU/GF/Risiko-LV

Bitte schicken Sie den Fragebogen per E-Mail an risikopruefung.leben@devk.de. Telefonisch erreichen Sie uns unter 0221 757-3016.

Angaben zur zu versichernden Person

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

- BU (J)
 GF mit Baustein Plus mit Schwere Krankheiten-Zusatzversicherung

gewünschte Jahresrente: _____ Euro gewünscht Versicherungsendalter: _____ Jahre

aktuelles monatliches Bruttoeinkommen: _____ Euro

- Risikolebensversicherung Basis-Tarif Risikolebensversicherung Plus-Tarif
 mit BUZ (Beitragsbefreiung) mit UZV (Unfall-Zusatzversicherung)
 mit Schwere Krankheiten-Zusatzversicherung

gewünschte Versicherungssumme: _____ Euro gewünschte Versicherungsdauer: _____ Jahre

aktuelles monatliches Bruttoeinkommen: _____ Euro

Fragen zum Grund der Absicherung

- Finanzierungs-/Darlehnsabsicherung Hinterbliebenenabsicherung
 sonstige Gründe: _____

Fragen zum Berufsbild

Beruf: _____

Bitte genaue Tätigkeitsbeschreibung: _____

- berufliche Stellung Angestellte/r Arbeiter/-in Beamter/Beamtin Angestellte/r im öffentlichen Dienst
 selbstständig seit: _____ freiberuflich seit: _____
 Auszubildende/r Schüler/-in Student/-in duale/r Student/-in

Nur bei Anfrage für BU(J)

Zu wie viel Prozent üben Sie eine Innendiensttätigkeit mit zum Beispiel kaufmännischen Aufgaben oder Büro-, Planungs-, Entwicklungs-, Beratungs- oder Verwaltungsarbeiten aus?

_____ %

Wie viele fest angestellte Voll- bzw. Teilzeitmitarbeiter (nicht geringfügig Beschäftigte) führen Sie als Vorgesetzte/r?

_____ Mitarbeiter

Wie hoch ist bei Ihrer Tätigkeit der Anteil belastender Einflüsse, zum Beispiel durch körperliche Arbeit, Schicht oder Wechseldienst, Nacharbeit oder Fahrtätigkeit?

_____ %

Bitte geben Sie Ihren höchsten Ausbildungsabschluss an:

- abgeschlossenes Studium an einer staatlich anerkannten Universität, Hoch- oder Fachhochschule
 Abschluss als Techniker/Meister einer staatlich anerkannten Aus- oder Fortbildung in der derzeit ausgeübten Tätigkeit
 Abschluss einer staatlich anerkannten Aus- oder Fortbildung (zum Beispiel IHK-Abschluss, Gesellenbrief) in der derzeit ausgeübten Tätigkeit
 keinen der genannten Abschlüsse

Allgemeine Fragen



1. Sind Sie besonderen Gefahren bei Sport oder Hobby ausgesetzt (zum Beispiel Flugrisiko, Luftsport, Rennfahrten, Tauchen, Bergsport, Fun- oder Extremsportarten, Kampfsportarten, Auto- oder Motorradsport)?

nein ja Falls ja, bitte hier Einzelheiten angeben:



2. Beabsichtigen Sie innerhalb der **nächsten zwölf Monate länger als drei Monate** in ein Land außerhalb der Europäischen Union (EU), Island, Norwegen, Schweiz, USA oder Kanada zu reisen?

nein ja Falls ja, bitte hier Einzelheiten angeben:

Gesundheitsfragen



3. Bitte geben Sie Ihre derzeitigen Körpermaße an: Körpergröße _____ cm Körpergewicht _____ kg

Die nachstehend in Klammern aufgeführten Erkrankungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sie sind nur Beispiele für mögliche Erkrankungen.

4. Bestehen oder bestanden in den **letzten fünf Jahren** bei Ihnen **Krankheiten, Störungen oder Beschwerden**



- a) des **Kreislaufs**, des **Herzens**, der **Arterien**, der **Venen** (zum Beispiel ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Schlaganfall, Krampfadern, Thrombose)? nein ja



- b) der **Atmungsorgane** (zum Beispiel Asthma, chronische Bronchitis, Heuschnupfen, Lungenemphysem)? nein ja



- c) an **Speiseröhre, Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber, Milz** (zum Beispiel Magengeschwür, Sodbrennen, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Gallensteine, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Hepatitis)? nein ja



- d) der **Nieren, Blase, Prostata, Unterleibsorgane, Brust** (zum Beispiel Steinleiden, Nierenentzündung, Blut oder Eiweiß im Urin, Prostataentzündung oder -vergrößerung)? nein ja



- e) des **Stoffwechsels** (zum Beispiel Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhung, Gicht, Schilddrüsenerkrankung)? nein ja



- f) des **Bluts** (zum Beispiel Gerinnungsstörungen, Anämie, Leukämie)? nein ja



- g) in Form von **Geschwülsten/Tumoren** (zum Beispiel Darmpolyp, Lymphknotenschwellung, Krebserkrankung)? nein ja



- h) des **Immunsystems oder chronische Infektionen/Viruserkrankungen** (zum Beispiel angeborener Immundefekt, Tropenkrankheit, ungeklärte Fieberschübe)? nein ja



- i) der **Psyche** (zum Beispiel Angststörungen, Depression, Essstörung, Belastungsreaktion, psychosomatische Beschwerden)? nein ja



- j) des **Gehirns** oder **Nervensystems** (zum Beispiel ärztlich behandelter Schwindel oder Kopfschmerz, Migräne, Epilepsie, Multiple Sklerose, gutartiger oder bösartiger Gehirntumor)? nein ja



- k) der **Wirbelsäule** (zum Beispiel ärztlich behandelte Nacken- oder Rückenbeschwerden, Bandscheibenvorfall, Wirbelsäulenverkrümmung, Beinlängendifferenz)? nein ja



- l) der **Knochen, Muskeln, Gelenke, Bänder, Sehnen** (zum Beispiel vorzeitige Abnutzung (nicht altersbedingt), Meniskusverletzung, Bänderriss, Sehnenscheidenentzündung, rheumatische Beschwerden, Fibromyalgie)? nein ja



- m) der **Haut** (zum Beispiel Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Allergie)? nein ja



- n) der **Ohren** (zum Beispiel Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus, ärztlich behandelte Gleichgewichtsstörungen)? nein ja



- o) der **Augen** (zum Beispiel Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, Hornhautverkrümmung, Sehstörungen, grüner oder grauer Star, Netzhautablösung)? nein ja

bei Sehhilfe: Bitte geben Sie Ihre Werte ab 5 Dioptrien an: **links** _____ **rechts** _____

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Zu den mit „ja“ beantworteten Fragen bitte nachstehend (oder auf einem Extrablatt) nähere Angaben:

Art der Krankheiten, Störungen bzw. Beschwerden?	Wann? Dauer? Folgen?



5. Befinden oder befanden Sie sich innerhalb der **letzten fünf Jahre** in ambulanter Behandlung, Betreuung oder zur Untersuchung bei Ärzten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (zum Beispiel Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeut)?
- nein ja Falls ja, wann und aus welchem Grund? Bitte Arzt bzw. Krankenhaus mit Namen und Anschrift angeben.



6. a) Haben in den **letzten zehn Jahren** ambulante oder stationäre Operationen stattgefunden oder sind solche vorgesehen oder angeraten?
- nein ja Falls ja, wann und aus welchem Grund? Bitte Arzt bzw. Heilbehandler angeben.



6. b) Wurden Sie in den **letzten zehn Jahren** psychotherapeutisch beraten oder behandelt?
- nein ja Falls ja, wann und aus welchem Grund? Bitte Arzt bzw. Heilbehandler angeben.



6. c) Haben in den **letzten zehn Jahren** Krankenhaus-, Kur- oder Reha Aufenthalte stattgefunden bzw. sind solche vorgesehen oder angeraten?
- nein ja Falls ja, wann und aus welchem Grund? Bitte Arzt bzw. Krankenhaus mit Namen und Anschrift angeben.



7. Haben Sie innerhalb der **letzten fünf Jahre länger als zwei Wochen** fortlaufend Arzneimittel eingenommen?
- nein ja Falls ja, bitte geben Sie den Namen der Arzneimittel an, wann und wie oft eingenommen?



8. Konsumieren Sie oder haben Sie in den **letzten 12 Monaten** geraucht (Konsum von Nikotin mittels Zigaretten, Zigarillos, Zigarren, Shisha, Kautabak, Schnupftabak, Nikotinplaster oder Nikotinkaugummi, Pfeife oder Verwendung elektrischer Verdampfer)?
- ja
- nein, Nichtraucher seit mehr als zwölf Monaten
- Nichtraucher seit mehr als zehn Jahren
- Nichtraucher lebenslang

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____



9. a) Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der **letzten zehn Jahre** Betäubungsmittel oder Drogen ein? nein ja

b) Werden oder wurden Sie innerhalb der **letzten zehn Jahre** wegen den Folgen des Konsums von Alkohol, Betäubungsmitteln oder Drogen beraten oder behandelt? nein ja

Falls eine der Fragen mit „ja“ beantwortet wird, bitten wir um nähere Angaben, welche und in welchem Zeitraum?



10. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)? nein ja

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die hier mitgeteilten Daten und Gesundheitsdaten für eine Annahmeprognose erhoben, gespeichert und genutzt werden dürfen. Die Speicherung bezieht sich nur auf das Aufbewahren der Unterlagen für einen Zeitraum von drei Monaten. Danach werden die Unterlagen bei der DEVK und ggf. auch die vorhandenen Unterlagen bei Ihrem Vertriebspartner unaufgefordert vernichtet.

Datenweitergabe an Rückversicherungen

In einigen Fällen bedienen wir uns bei der Einschätzung der Unterstützung einer Rückversicherung. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die gewünschte Versicherungssumme oder Jahresrente besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko machen kann, ist es möglich, dass wir Ihre Versicherungsvorabanfrage und die damit eingereichten Unterlagen der Rückversicherung vorlegen.

Zu den oben genannten Zwecken werden Ihre Angaben, wie Vor- und Nachname, Ihre Adressdaten und Adressdaten von Dritten, anonymisiert. Ihre für die Einschätzung relevanten Daten werden von der Rückversicherung nur zum Zweck der Versicherungsvorabanfrage verwendet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die DEVK-Versicherungen tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Unser Service:

Sofern Sie uns diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt einreichen, erhalten Sie (Vertriebspartner/-in) von uns innerhalb von drei Arbeitstagen eine Annahmeprognose. Eine endgültige Entscheidung ist erst möglich, wenn uns ein vollständiger Antrag und eventuell noch weitere erforderliche Unterlagen eingereicht werden.

Datum

RD-Mitarbeiternummer

Telefonnummer Vertriebspartner/-in

E-Mail-Adresse Vertriebspartner/-in