

Bitte senden an:

netzwerk freier finanzberater Thomas Kliem GmbH & Co. KG

Perelsplatz 11, 12159 Berlin

Fax: 030 79741391

Mail: thomas.kliem@ihr-fachmakler.de

Risikolebensversicherung

Datenerhebung

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum, -ort

Nationalität

Familienstand

ledig

verheiratet

eheähnliche Gemeinschaft

Kontoverbindung:

IBAN

BIC

Geldinstitut

Daten des Partners/der Partnerin:

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Geburtsdatum, -ort _____

Nationalität _____

derzeitige/r Tätigkeit/Beruf _____

- angestellt
- selbstständig
- verbeamtet

Anzahl der Kinder
im Haushalt:

Kind 1:
Name, Vorname _____

Geburtsdatum, -ort _____

Kind 2:
Name, Vorname _____

Geburtsdatum, -ort _____

Weitere Angaben

Ausbildung / Studium als	
Genauere Berufsbezeichnung/ Akademischer Grad	
Beruflicher Status	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> verbeamtet
Ist beruflich oder privat ein längerer Auslandsaufenthalt geplant?	<input type="checkbox"/> Ja, in _____ <input type="checkbox"/> Nein
Wie lange üben Sie Ihren Beruf bereits aus?	
Steht ein Berufswechsel an?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, als _____
Stehen private Änderungen an (z.B. Heirat, Geburt, Hausbau)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____
Gewünschte Tätigkeit	_____
Anteil der körperlichen Berufstätigkeit an der Gesamtarbeitszeit	_____ % sitzende Tätigkeit _____ % körperliche Tätigkeit
Anteil der Berufstätigkeit an einem festen Arbeitsplatz	_____ % fester Platz _____ % Außendienst
Besitzen Sie Personalverantwortung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Anzahl der Personen _____
Sind Sie beruflich besonderen Gefahren ausgesetzt? z.B. Umgang mit explosiven, giftigen, radioaktiven oder anderen gefährlichen Stoffen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: _____ _____
† _____ K _____	_____ K _____
Welcher Hobbystatus soll berücksichtigt werden?	Bitte angeben, welche Hobbys Sie regelmäßig ausüben: _____ _____
Gewünschte Zahlungsweise (empfehlenswert ist jährlich)	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> ¼ jährlich <input type="checkbox"/> ½ jährlich <input type="checkbox"/> jährlich

Beitragsdynamik mit steigender Leistung erwünscht?	Ja, _____ % <input type="checkbox"/> Nein
Wurden bereits Anträge bei Versicherern eingereicht und abgelehnt oder mit Risikozuschlag versehen oder wurden Leistungen ausgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Ja, Datum: _____ Gesellschaft: _____ <input type="checkbox"/> Nein

Einkommenssituation

Jahres-Nettoeinkommen: _____ €

Jahres-Bruttoeinkommen: _____ €

Lebenshaltungskosten (Miete, Finanzierung, Nebenkosten, Strom, Versicherungen, Urlaub, finanzielle Verpflichtungen, Kinder, Sparen etc.) _____ €

M) 8 0

GESUNDHEITSFragen

Größe _____

Gewicht _____

Raucher JA NEIN seit _____ nicht mehr

01.	Wurden in den letzten 10 Jahren stationäre Behandlungen durchgeführt (auch Kuren und Reha, ambulante OPs) oder ist eine solche ärztlich empfohlen oder vorgesehen?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
	Werden oder wurden in den letzten 5 Jahren ambulante Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen von Ärzten, Heilpraktikern, Therapeuten, Psychologen oder Krankengymnasten wegen Krankheiten, Beschwerden, Störungen oder Unfallfolgen in folgenden Bereichen durchgeführt:	
02.	Atmungsorgane: z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Tuberkulose, Schlafapnoe	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
03.	Herz, Kreislauf, Venen: z.B. Herzkranzgefäße, Bluthochdruck, Schlaganfall, Venenentzündung	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
04.	Harn- und Geschlechtskrankheiten: z.B. Blase, Brust, Nieren, Prostata, Unterleib	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
05.	Verdauungsorgane: z.B. Darm, Galle, Magen, Leber, Bauchspeicheldrüse	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
06.	Stoffwechsel: z.B. Diabetes, Cholesterin, Gicht, Schilddrüse	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
07.	Augen: z.B. Fehlsichtigkeit, erhöhter Augendruck, grüner/grauer Star	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
08.	Ohren: z.B. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
09.	Haut, Allergien: z.B. Neurodermitis, Heuschnupfen, Schuppenflechte	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
10.	Gehirn: z.B. Multiple Sklerose, Migräne, Nervenentzündung	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
11.	Psyche: z.B. Depressionen, Essstörung, Hyperaktivität, psychosomatische Störungen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
12.	Rücken: z.B. Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Ischias	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

13.	Knochen: z.B. Arthrose, Rheuma, Bänderrisse, Brüche, Muskelschwund	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
14.	Infektionen: z.B. Malaria, Tuberkulose	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
15.	Blut- und Tumorerkrankungen: z.B. Krebs, Leukämie	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
16.	Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
17.	Bestehen geistige oder körperliche Behinderungen, Beeinträchtigungen oder Störungen (Erwerbsminderung, Pflegebedürftigkeit, Schwerbehinderung oder Wehrdienstbeschädigung)?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
18.	Werden oder wurden in den letzten 10 Jahren Drogen oder Betäubungsmittel eingenommen oder werden oder wurden Sie wegen der Folgen des Konsums von Drogen, Alkohol oder Betäubungsmitteln behandelt oder beraten?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
19.	Werden oder wurden wegen der genannten Erkrankungen oder Beschwerden Medikamente verordnet oder eingenommen?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

Sobald eine der vorhergehenden Fragen mit „ja“ beantwortet wurde, sind in der nachstehenden Tabelle ausführliche Angaben zu machen. Reicht der Platz dafür nicht aus, sind Ergänzungen auf einem gesonderten Blatt vorzunehmen.

Frage Nr.	Einzelheiten zu Diagnose, Krankheit, Unfall etc.	Art der Behandlung / Medikamente	Wann? Wie lange? Wie häufig?	AU-Tage	Seit wann geheilt? Letzte Behandlung/ Untersuchung?	Folgen?

netzwerk freier finanzberater

Finanz- und Versicherungsmakler

Ort, Datum _____

Unterschrift