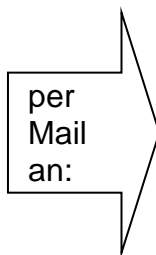


# Arbeitskraftabsicherung

## RISIKOVORANFRAGE

Vermittler:	
VP-Nummer:	
Tel.: / Fax:	
E-Mail:	



lebensversicherung@qualitypool.de

### KUNDE

Herr  Frau   
 Name: \_\_\_\_\_ Geb. am: \_\_\_\_\_  
 Str./H-Nr.: \_\_\_\_\_  
 PLZ /Ort: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_  
 Beamter / öffentlicher Dienst:  ja  nein  
 Berufsstatus:  angestellt  selbständig

### TARIFVORGABEN

BU – Art: Berufsunfähigkeit  Erwerbsunfähigkeit  Grundunfähigkeit   
 Gewünschte Höhe der Berufsunfähigkeitsrente mtl.: \_\_\_\_\_ EUR  
 Beitragszahlungsweise: monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich   
 Berufliche Ausbildung: \_\_\_\_\_ Bruttojahreseinkommen: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_ Branche \_\_\_\_\_  
(Studenten bitte auch das Fach-/Studien-/ Berufsziel angeben)  
 Angestellter  Selbständiger  Beamter auf Lebenszeit  auf Probe   
 Akademiker ja  nein  mit Dienstunfähigkeit ja  nein   
 Öffentlicher Dienst ja  nein  Besoldungsgruppe: \_\_\_\_\_  
 Personalverantwortung für: \_\_\_\_\_ Personen  
 Anteil der Bürotätigkeit am festen Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_ %  
 Anteil der körperlichen Tätigkeit: \_\_\_\_\_ %  
 Beginn: \_\_\_\_\_ Versicherungsdauer: \_\_\_\_\_ Jahre oder Endalter: \_\_\_\_\_ Jahre  
 Leistungsdauer: \_\_\_\_\_ Jahre oder Endalter: \_\_\_\_\_ Jahre

### GESELLSCHAFTEN

bereits angefragte Gesellschaften:

gewünschte Gesellschaften:


### GESUNDHEITSPERAGEN

Raucher <input type="checkbox"/>		Nichtraucher <input type="checkbox"/>		Körpergröße: _____ cm	Gewicht: _____ kg
1	Bestehen oder bestanden in den <b>letzten 5 Jahren</b> Krankheiten, Unfallfolgen oder körperliche Schäden			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
1.1	Der Atmungsorgane (auch Nasennebenhöhlenerkrankung, Heuschnupfen, Allergie, Kehlkopf-, Rippenfellkrankung, Schlafapnoe)?				
1.2	Des Herzen oder der Kreislauforgane/Gefäße (auch Bluthochdruck[Werte größer 140/90 mmHg], Krampfadern, Thrombose, Arteriosklerose, Durchblutungsstörungen, Lymphödem, Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung)?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
1.3	Der Nieren, der Harnwege (auch Blut oder Eiweiß im Urin) oder der Geschlechtsorgane (auch Brustdrüsen, Prostata; auch Schwangerschaftskomplikationen)?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
1.4	Der Verdauungsorgane (auch Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Gallenblase, Leber; auch Sodbrennen, Magenschmerzen [mehr ls 2-mal im Jahr oder länger als 48 h], Blut im Stuhl)?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
1.5	Des Stoffwechsels (auch Diabetes, Cholesterin-, Triglycerid-, Harnsäureerhöhung)?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
1.6.1	Der Augen ?	linkes Auge	rechtes Auge	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> Kurzsichtigkeit	<input type="checkbox"/> Kurzsichtigkeit		
		<input type="checkbox"/> Weitsichtigkeit	<input type="checkbox"/> Weitsichtigkeit	_____ li.	_____ re.
1.6.2	Andere Augenerkrankungen (auch Doppelbilder, Gesichtsfeldeinschränkung, Laserbehandlung)?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
1.7	Der Ohren (auch Schwindelzustände, Ohrgeräusche [Tinnitus])?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
1.8	Des Rückens oder Nackens (auch Wirbelsäulen-, Bandscheibenschäden, Rückenschmerzen [mehr als 2-mal im Jahr oder länger als 48 h], Schleudertrauma, Ischias, Cervicobrachialgie)?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
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)?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
1.10	Der Haut (auch Allergie)?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
1.11	Der Drüsen (auch Schilddrüse; auch Hormonstörung), der Milz oder des Blutes (auch Gerinnungsstörungen)?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
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)?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
1.13	Der Psyche (auch Angst-, Essstörung, Schlafstörung [mehr als 5-mal im Monat], Erschöpfungszustände, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom)?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
1.14	Infektionskrankheiten (länger als 1 Monat oder mehr als 4-mal im Jahr)?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
1.15	Gutartige Tumore?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2	Haben Sie in den <b>letzten 5 Jahren</b> einen Selbsttötungsversuch unternommen?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3	Nehmen oder nahmen Sie in den <b>letzten 5 Jahren</b> 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)?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

4	Sind Sie in den <b>letzten 5 Jahren</b> von Ärzten, Psychologen, Krankengymnasten oder Heilpraktikern untersucht, beraten oder behandelt worden ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
5.	Nehmen oder nahmen Sie in den <b>letzten 5 Jahren</b> regelmäßig Alkohol zu sich (d.h. mehr als 1 Monat lang täglich oder an mehr als der Hälfte der Tage eines Jahres)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
6	Haben SI ein den <b>letzten 5 Jahren</b> Drogen zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7	Wurden Sie in den letzten <b>10 Jahren</b> <u>stationär</u> 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?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
8	Wurde eine HIV Infektion festgestellt oder steht ein Testergebnis noch aus?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
8.1	Wurde eine Krebserkrankung festgestellt (bösartiger Tumor, Leukämie, Lymphome)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
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)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
10	Waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 3 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

# Arbeitskraftabsicherung

## RISIKOVORANFRAGE

### WEITERE ANGABEN

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 insgesamt	Name und Anschrift des Heilbehandlers, bzw. der Kranken- ,	Liegt völlige Ausheilung vor?	
	Nr.:	Art der körperlichen oder geistigen Fehler oder Pflegebedürftigkeit	von wann bis wann aufgetreten	Ja, wann			Nein	Heil- oder sonstigen Anstalt

**DATENSCHUTZKLAUSEL**

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten, einschließlich derer besonderer Kategorien wie Gesundheitsdaten, zur Bearbeitung und zum Zwecke der Erlangung des gewünschten Versicherungsschutzes von der Qualitypool GmbH, Hansestraße 14, 23558 Lübeck, Ihrem Dienstleister im Bereich der Datenverarbeitung (Volz Vertriebsservice GmbH, Birkenweg 4, 88250 Weingarten), sowie von den angefragten Versicherungsgesellschaften verarbeitet, gespeichert und genutzt werden dürfen.

Die Daten werden gelöscht, sobald Sie zu dem obigen Zweck nicht mehr benötigt werden.

Die Einwilligung zur Datenübermittlung erstreckt sich auch auf die Übermittlung von Daten an Rückversicherer und kann jederzeit formfrei widerrufen werden.

Der Widerruf ist an die Qualitypool GmbH zu richten.  
 Telefon: 0451 – 14087879  
 Telefax: 0451 – 14087877  
 Mail: lebensversicherung@qualitypool.de

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Vermittler: \_\_\_\_\_ Unterschrift Kunde: \_\_\_\_\_