

Risikovorfrage – so geht's!

- Füllen Sie das Formular Risikovorfrage möglichst vollständig aus und fügen Sie eventuell erforderliche Fragebögen oder Befunde (Vorerkrankungen, Beruf, Hobby, Sport etc.) bei.
- Bitte beachten Sie, dass die Anfrage stets nur für eine Person unter namentlicher Nennung der zu versichernden Person gestellt werden kann.
- Lassen Sie das ausgefüllte Formular dem Expertenteam zukommen:  
 Telefon 0551 701 57014  
 Telefax 0551 701 57199  
 E-Mail LB\_23@gothaer.de
- Innerhalb von 2 Arbeitstagen erhalten Sie üblicherweise Ihre Antwort.

**Anonyme Anfragen können leider nicht bearbeitet werden**

**Rückantwort  
bitte an**

Vermittlernummer \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
 Vermittlername \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Angaben zum  
Kunden**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_  
 Anschrift \_\_\_\_\_  
 Abgeschlossene Ausbildung \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_  
 Branche \_\_\_\_\_ derzeitige Tätigkeit \_\_\_\_\_  
 ausgeübt seit \_\_\_\_\_ jährliches Bruttoeinkommen (in EUR) \_\_\_\_\_  
 Anteil: kaufmännisch \_\_\_\_\_ % körperlich \_\_\_\_\_ % künstlerisch \_\_\_\_\_ %  
 nicht selbstständig  selbstständig seit wann? \_\_\_\_\_ Anzahl der Mitarbeiter \_\_\_\_\_  
 männlich  weiblich  Raucher  Nichtraucher

**Angaben zur  
gewünschten  
Leistung**

Todesfallschutz (EUR) \_\_\_\_\_ Endalter (maximal bis 67. Lebensjahr) \_\_\_\_\_  
 BU-Rente (EUR) \_\_\_\_\_ Endalter (maximal bis 67. Lebensjahr) \_\_\_\_\_  
 bestehende Vorversicherung in Höhe von (EUR) \_\_\_\_\_

**Gesundheits-  
angaben**

Gesundheitsfragen aus dem Antragsformular  
 Arztberichte  
 Laborwerte  
 sonstige \_\_\_\_\_  
 Bemerkungen \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Beruf und  
Freizeitrisiko**

Sind Sie beruflich oder privat besonderen Gefahren ausgesetzt (z.B. Umgang mit Sprengstoff, energiereichen Strahlen, gesundheitsschädlichen Stoffen, beim Bergsport, Kampfsport, Rennsport, Flugsport, Motorradfahren, Fallschirmspringen, Tauchen, Extremsport)?

nein  ja (bitte erläutern Sie) \_\_\_\_\_

Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten einen Aufenthalt außerhalb der EU, Schweiz, Norwegen, Island, USA, Kanada von mehr als 12 Wochen?

nein  ja (bitte erläutern Sie) \_\_\_\_\_

**Bitte beachten**

Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 5 Jahren** ab Datum der Antragsstellung bzw. Erstellung eines Vorschlags zum Abschluss einer Versicherung. Zu **stationären Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren** bitten wir jedoch um **Angaben aus den letzten 10 Jahren**.

Nein Ja

1. Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg
2. Waren Sie in den **letzten 3 Jahren** aus gesundheitlichen Gründen mehr als 10 Kalendertage durchgehend nicht in der Lage Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben?  Nein  Ja
3. Waren Sie wegen Beschwerden oder Krankheiten des Rückens, des Bewegungsapparates, der Psyche, des Herzens oder des Kreislaufs, Zuckerkrankheit, Schlaganfall, Multiple Sklerose (MS) oder Krebserkrankungen in den **letzten 3 Jahren** in ärztlicher, physiotherapeutischer oder psychotherapeutischer Behandlung?  Nein  Ja
4. Haben Sie in den **letzten 12 Monaten** geraucht? Wenn ja geben Sie bitte an, was und wie viel Sie täglich geraucht haben. \_\_\_\_\_  Nein  Ja
5. Wurden in den **letzten 12 Monaten** von Ärzten oder Heilpraktikern Arzneimittel verordnet? Welche und wogegen? \_\_\_\_\_  Nein  Ja
6. Ist eine ambulante oder stationäre Behandlung in den **nächsten 12 Monaten** beabsichtigt oder von einem Arzt oder Therapeuten empfohlen?  Nein  Ja
7. Haben oder hatten Sie in den **letzten 5 Jahren** Unfallverletzungen/Vergiftungen?  Nein  Ja
8. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den **letzten 5 Jahren** Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen der folgenden Organsysteme bzw. der folgenden Art?  Nein  Ja
  - a. Herz und Kreislauforgane (Falls „ja“ füllen Sie bitte den Fragebogen FB8a aus)  Nein  Ja
  - b. Atmungsorgane (Falls „ja“ füllen Sie bitte den Fragebogen FB8a aus)  Nein  Ja
  - c. Verdauungsorgane (FB8c)  Nein  Ja
  - d. Harn und Geschlechtsorgane (FB8d)  Nein  Ja
  - e. Nervensystem und Gehirn (FB8e)  Nein  Ja
  - f. Psyche (FB8f)  Nein  Ja
  - g. Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten (FB8g)  Nein  Ja
  - h. Tumore und Blutkrankheiten (FB8h)  Nein  Ja
  - i. Stoffwechsel (FB8i)  Nein  Ja
  - j. Bewegungsapparat (FB8j)  Nein  Ja
9. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den **letzten 5 Jahren** behandelte Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen der folgenden Organsysteme bzw. der folgenden Art: Schwindel, Ohnmacht (Synkope) (Falls „ja“ füllen Sie bitte den Fragebogen FB 8a aus), Kopfschmerzen, Migräne (FB 8e), psychische Belastungsreaktion (FB 8f), Muttermal (FB 8h), Erkrankungen von Bändern, Sehnen oder Muskeln (FB 8j), Sehstörung (FB 17a), Ohrgeräusch, Gleichgewichtsstörung (FB 17b) oder Hautausschlag (FB 17c)?  Nein  Ja
10. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den **letzten 5 Jahren** Gesundheitsstörungen, die Anlass waren zur Anerkennung einer Behinderteneigenschaft (MdE/GdB), Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder einer Pflegestufe?  Nein  Ja
11. Wurden in den **letzten 5 Jahren** ambulante Operationen durchgeführt?  Nein  Ja
12. Waren Sie in den **letzten 10 Jahren** in stationärer Behandlung?  Nein  Ja
13. Werden oder wurden Sie innerhalb der **letzten 10 Jahre** wegen Medikamentenmissbrauch, des Konsums von Alkohol, von Betäubungsmitteln oder von Drogen beraten oder behandelt? Wenn ja, wann, wo, durch wen? \_\_\_\_\_  Nein  Ja
14. Wurde bei Ihnen eine HIV Infektion festgestellt (z. B. positiver HIV Test)?  Nein  Ja
15. Sind oder waren Sie in den **letzten 5 Jahren** in psychotherapeutischer Behandlung?  Nein  Ja
16. Sind oder waren Sie in den **letzten 5 Jahren** wegen Rückenbeschwerden, Gelenkverschleiß, Muskelschmerzen und -verspannungen oder Beschwerden mit den Knien, Hüften, Schultern oder an anderen Stellen des Bewegungsapparates in ärztlicher oder physiotherapeutischer Behandlung?  Nein  Ja
17. Bestehen oder bestanden in den **letzten 5 Jahren** bei Ihnen Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen der folgenden Organsysteme?  Nein  Ja
  - a. Augen (FB17a)  
Bei Fehlsichtigkeit über fünf Dioptrien rechts \_\_\_\_\_ links \_\_\_\_\_  Nein  Ja
  - b. Ohren (FB17b)  Nein  Ja
  - c. Haut oder Allergien (FB17c)  Nein  Ja
18. Bezogen, beziehen oder haben Sie in den **letzten 5 Jahren** eine Rente, Unfallrente oder Pension aus gesundheitlichen Gründen beantragt? Warum? Bitte die Kopie des Rentenbescheids beifügen. \_\_\_\_\_  Nein  Ja

Weitere Anmerkungen zu den obigen Fragen \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Mit der Risikovorfrage ermöglichen wir Ihnen, Risiken schneller und professioneller einzuschätzen.  
 Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen eine unverbindliche Aussage auf Grundlage der uns vorliegenden Informationen abgeben. Wenn Sie später einen Antrag einreichen, legen Sie bitte sämtliche Unterlagen der Risikovorfrage dem Antrag bei und lassen Sie alle Fragebogen vom Kunden unterschrieben mit Datum bestätigen.