

# RISIKOVORABANFRAGE BERUFSUNFÄHIGKEITSVERSICHERUNG

1

An das Lebensversicherungsteam der blau direkt GmbH & Co. KG. Telefax: 0451 87 20 1-240 oder per E-Mail an leben@blaudirekt.de  
Die Anfrage kann nur bei vollständig ausgefülltem Formular bearbeitet werden! Das Anfrageformular ersetzt nicht die Gesundheitsdaten im Antrag.

**Kunde**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum 18.09.1979 Geschlecht  männlich  weiblich

Anschrift \_\_\_\_\_

85080 Gaimersheim

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit deutsch**Vermittler**Name, Vorname Mahling, MarcoVermittlernummer 006565Telefon 089/379107-11E-Mail info@marco-mahling.de**Bestehender Versicherungsschutz**Gesellschaft AachenMünchener Versicherung AGBU-Rente (mtl.) 1794,07 EURZahlbeitrag 136,40 EUR Tarifbeitrag 203,58 EUREndalter Versicherungsschutz 65Endalter Versicherungsleitung 65

Allgemeine Angaben

**Versicherungswunsch**Versicherungsbeginn 01.05.2017Gewünschte BU-Rente (mtl.) 2000 EUREndalter Versicherungsschutz 67Endalter Versicherungsleitung 67**Wunschgesellschaften (inkl. Angabe der Tarife):**1) Gesellschaft HDI

Tarife \_\_\_\_\_

2) Gesellschaft Alte Leipziger

Tarife \_\_\_\_\_

3) Gesellschaft Canada Life

Tarife \_\_\_\_\_

4) Gesellschaft Basler

Tarife \_\_\_\_\_

5) Gesellschaft Volkswohl Bund

Tarife \_\_\_\_\_

Versicherungswunsch

# RISIKOVORABANFRAGE BERUFSUNFÄHIGKEITSVERSICHERUNG

2

## Angaben zum Beruf

Berufsbezeichnung **Analytical Support Officer, Sekundier**

Branche, ggf. Studienfachrichtung **Int. Organisation**

- Angestellter  Selbstständiger/Freiberufler  
 Student  Schüler  
 Auszubildender  Hausfrau/Hausmann  
 Beamter  Beamter auf Widerruf/Probe

Beschäftigung:  vollzeit

teilzeit, Std. pro Woche \_\_\_\_\_

Saisonarbeiter

Berufsangaben, allgemein

## Detailfragen zum Beruf

1. Seit wann üben Sie diesen Beruf aus **01.06.2016**

2. Sind sie Berufsanfänger (sie waren in den letzten 3 Jahren nicht mindestens 24 Monate in Ihrem aktuell ausgeübten Beruf tätig)  ja  nein

3. Erfolgreich abgeschlossene berufliche oder akademische Ausbildungen **Ausbildung als Produktionsmodellbauer  
Fortbildung zum GIS-Engineer, Universitaetsausbildung zum Bachelor of Science und  
Master of Science in Geoinformationswissenschaften**

4. Aufsichtsführende/Geschäftsführende Tätigkeit  ja  nein

5. Anzahl der Mitarbeiter, für die Sie die Personalverantwortung tragen \_\_\_\_\_

6. Sind Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit besonderen Gefahren ausgesetzt?  ja  nein

Wenn ja, welche:

7. Anteil sitzender Bürotätigkeit **80** %

8. Anteil körperlicher Tätigkeit **10** %

9. Anteil sonstige Tätigkeiten **10** %

10. Jahreseinkommen der letzten drei Jahre **14** : **30.000** EUR  brutto  netto

**15** : **35.000** EUR  brutto  netto

**16** : **38.000** EUR  brutto  netto

Berufsangaben, detailliert

# RISIKOVORABANFRAGE BERUFSUNFÄHIGKEITSVERSICHERUNG

## Allgemeine Fragen

1. Raucher  ja  nein

2. Betreiben Sie in Ihrer Freizeit gefährliche Sportarten/Hobbies  ja  nein

wenn ja, welche: Fallschirmspringen (in Deutschland keine Risikosport)

3. Ist in den nächsten 12 Monaten ein Auslandsaufenthalt von mehr als 3 Monaten geplant?  ja  nein

wenn ja, weches Land / welche Region: Kiev, Ukraine

wenn ja, wann: sekundiert seit Juni 2016, Vertragsverlaengerung vorraussichtlich April 2017

wenn ja, wie lange: bedingt durch Zeitvertrag 31 Maerz 2016, neuer VertragMandatserneuerung

wenn ja, aus welchen Anlass: Beruf Sekundierung durch Deutsches Auswaertiges Amt Berlin / OSZE

4. Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Anträge bei Lebensversicherungsgesellschaften zu erschwerten Bedingungen (z.B. Zuschläge, Leistungsausschlüsse) angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt?  ja  nein

wenn ja, wo:

wenn ja, Art der Versicherung:

wenn ja, Erschwerung:

wenn ja, Grund:

wenn ja, Versicherungssumme: EUR

# RISIKOVORABANFRAGE

## BERUFSUNFÄHIGKEITSVERSICHERUNG

Bitte sämtliche zu den Gesundheitsangaben vorhandene Unterlagen wie Arztberichte, Krankenhausentlassungsberichte, Befunde etc. beifügen.

### Gesundheitsfragen

1. Körpergröße 183 cm      Gewicht 92 kg
2. Sie sind oder waren innerhalb der letzten 5 Jahre in ambulanter Behandlung (z.B. bei Ärzten, Heilpraktikern, Therapeuten, Krankengymnasten)?  ja  nein
3. Haben innerhalb der letzten 10 Jahre Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte und/oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche ärztlich empfohlen oder beabsichtigt (wenn Sie bei Condor, Continentale, Generali, Nürnberger oder Stuttgarter versichert sind: 5 Jahre)?  ja  nein
4. Sind oder waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre in psychologischer Behandlung (10 Jahre bei Continentale, HDI, LV1871, Volkwohlfund, WWK)?  
 ja  nein
5. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden:
- a) Herz oder Kreislauforgane/Gefäße (z.B. Hypertonie/Bluthochdruck, Herzinfarkt, Venenleiden, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen)?  ja  nein
- b) Atmungsorgane, Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z.B. chronische oder wiederholte Bronchitis, Asthma, Atemwegsprobleme, Lungenentzündung, Schlafapnoe)?  ja  nein
- c) Verdauungsorgane, Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber (z.B. Magengeschwür, erhöhte Leberwerte, Fettleber, Sodbrennen, Verdauungsstörungen)?  ja  nein
- d) Niere, Blase, Prostata, Geschlechtsorgane (z.B. Nierensteine, Nierenentzündung, Zysten)?  ja  nein
- e) Stoffwechsel, Drüsen (z.B. Diabetes, erhöhte Cholesterinwerte, Harnsäureerhöhung, Triglyceriderhöhung, Funktionsstörung d. Schilddrüse)?  ja  nein
- f) Blut, Milz (z.B. Anämie, Leukämie, Durchblutungsstörung, Blutgerinnungsstörung, Hämorrhoiden)?  ja  nein
- g) akute oder chronische Infektionen (z.B. Malaria, Hepatitis, Borreliose, Gürtelrose, Pfeiffersches Drüsenfieber)?  ja  nein
- h) Gehirn, Nervensystem, Rückenmark (z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Migräne, Bewusstseinsverlust, Parkinson, Alzheimer-Krankheit, Lähmungen, Nervenentzündung)?  ja  nein
- i) Psyche (z.B. Angststörungen, Erschöpfungssyndrom, psychosomatische Störung, Burn-Out-Syndrom, Depression, Essstörung, Suizidversuch, chronische Müdigkeit, Nervenzusammenbruch, Schizophrenie, Hyperaktivität, ADHS)?  ja  nein
- j) Wirbelsäule, Bandscheibe, Rücken (z.B. Hexenschuss, Ischias, Bandscheibenvorfall, WS-Syndrom, Wirbelsäulenverkrümmung, Rückenschmerzen, Verspannung)?  ja  nein
- k) Knochen, Gelenke, Bänder, Sehnen, (z.B. Gelenkverschleiß, Arthrose, Knochenbrüche, rheumatische Beschwerden, Meniskussschaden, Bänderrisse, Sehnenscheiden- oder Schleimbeutelentzündung, Muskelschwund)?  ja  nein
- l) Brustdrüsen (z.B. knotige Veränderungen, Entzündungen)?  ja  nein
- m) Haut, Allergien (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Ekzem, Schuppenflechte)?  ja  nein
- Bei Muttermal-/Leberfleckenentfernung:  gutartig  bösartig
- n) Augen (z.B. Sehstörung, Fehlsichtigkeit, erhöhter Augendruck, grauer/grüner Star, Netzhautablösung, Laserbehandlung)?  ja  nein
- Dioptrien            links:  Kurzsichtigkeit  Weitsichtigkeit  
           rechts
- o) Ohren (z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen, Schwindel)?  ja  nein
- p) Wurde eine HIV-Infektion festgestellt, bzw. steht ein Ergebnis aus?  ja  nein
- q) Tumorerkrankung innerhalb der letzten 5 Jahre (10 Jahre bei Continentale, Helvetia, WWK oder Zurich)?  ja  nein
- r) Konsum von oder Behandlung des Konsums von Betäubungsmitteln, Drogen oder Alkohol innerhalb der letzten 10 Jahre (wenn Sie bei Alte Leipziger, AXA, Gothaer, Hanse Merkur, Helvetia oder Zurich versichert sind: 5 Jahre)?  ja  nein

# RISIKOVORABANFRAGE

## BERUFSUNFÄHIGKEITSVERSICHERUNG

s) Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 2 Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig erkrankt?  ja  nein

t) Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren in festen zeitlichen Abständen apothekenpflichtige/verschreibungspflichtige Arzneimittel zu sich? (1 Jahr bei Nürnberger, 2 Jahre bei Condor und Württembergische, 10 Jahre bei Continentale, nicht gefragt bei AXA, Gothaer, Hanse Merkur, Helvetia, Zurich) (Empfängnisverhütungsmittel sind ausgenommen)  ja  nein

u) bestehen angeborene körperliche oder geistige Beeinträchtigungen, Behinderungen oder Störungen?  ja  nein

anerkannte Schwerbehinderung: Grad der Behinderung \_\_\_\_\_ %

Erwerbsminderung: Minderung des Erwerbs \_\_\_\_\_ %

Wehrdienstbescheinigung (WDB)

Pflegebedürftigkeit: Seit \_\_\_\_\_

wenn ja, seit wann: \_\_\_\_\_

(bitte reichen Sie die Kopie des Bescheides und die Unterlagen über Art der Rente und der Erkrankung mit ein)

Bitte machen Sie hier genauere Angaben (Diagnose, Beschwerden, Häufigkeit, Behandlungsdauer, Folgen, Behandlung/Medikation, Beschwerdefreiheit) zu den im Abschnitt Gesundheitsfragen positiv beantworteten Fragen und fügen ggf. vorhandene Dokumente (z.B. Arztberichte) hinzu

Asthma seit Kindheit vorhanden. Aufgrund Therapie sehr gut eingestellt, bzw geheilt; Keinerlei Beschwerden; Staetige Therapie mit Relvar Ellipta 1 x taeglich; Gezielte Asthmatherapie ueber in ca 35 Jahrenzehnten zur Asthmakontrolle. Das bedeutet eine Verringerung der Symptome und das Vermeiden zukünftiger Risiken. Gut eingestellte Asthmatherapie hilft der maximalen Beschwerdefreiheit und um eine weitestgehend uneingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit zu erzielen. Maßnahmen sind z.B. Atemgymnastik und regelmaessiges, körperliches Training, welches als zentrale Aktivitaeten der 'Therapie' stehen. Die Kombination aus Sport (koerperlicher Betaetigung), gesunder Ernaehrung und den Inhalatoren hat zu einem nahezu unbeschwert / beschwerdefreien Leben gefuehrt. // 5.f: Nein; 5.k: Knochenbrueeche von Mittelfuss re, Ellebogen re, Oberschenkel li. Keine Beschwerden seit Heilung. Koerperlich 100% funktionsfaehig und Belastbar. // F.5t: Salbutamol, Symbicort gegen Asthma. Heute nur noch Relvar Elipta 1 x taeglich, und vor Sportlichen aktivitaeten ca1-2 Huebe Salbutamol zur Beschraenkung von Belastungsasthmatischem verhalten der Lunge.

ärztliche Dokumentation liegt bei  ja  nein

Selbstauskünfte liegen bei  ja  nein

Bemerkungen

Asthma, keinerlei Beschwerden; regulaere bzw konstante Behandlung/Therapie

einmal taeglich mit Relvar Ellipta. Siehe genaue Beschreibung oben.

Die momentanige Sekundierung mit bzw ueber das Auswaertige Amt und der OSZE besteht temporaer, so lange das Mandat verlaengert wird. Demnach werden Vertaege nicht ueber das Mandat hinaus verlaengert, enden wie bei Consulting-Vetraegen nach einigen Monaten, maximal einem Jahr.

1.7 Bei selbstständiger Tätigkeit bitte ausfüllen:

Unternehmensform des Betriebes:

Anzahl festangestellter Mitarbeiter:

Anzahl sonstiger Mitarbeiter:

1.8 Wie üben Sie Ihren Beruf aus?  in Vollzeit  
 in Teilzeit

1.9 Üben Sie neben Ihrem Beruf noch weitere Tätigkeiten gegen Entgelt aus?

ja  nein

Wenn ja, welche und seit wann?

## 2. Angaben zur Ausbildung und zum beruflichen Werdegang

2.1 Welchen Schulabschluss haben Sie?

Grund- und Hauptschule, Berufsschule

2.2 Welche Ausbildung hatten Sie danach? Abschluss?

berufsbezogene Fortbildungen und Universitaet(en), Abschluss: Bachelor & Master

2.3 Über welche weiteren beruflich verwertbaren Kenntnisse verfügen Sie (z.B. Ausbilder etc.)?

Weitreichend internationale universitaete Aus- und Weiterbildung in der Geoinformation und in Sozialwissenschaften, fuer die Forschung, als auch fuer Internationale Organisationen in der Politik

2.4 Welche beruflichen Tätigkeiten haben Sie in Ihrem bisherigen Berufsleben von wann bis wann ausgeübt?

Modellbauer fuer ca 15 Jahre; zeitgleich mit ausbildung and Universitaeten;  
Wissenschaftler (Geoinformation) seit ca 13 Jahren;

Durch meine eigenhändige Unterschrift bescheinige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

Gaimersheim, 26 Februar 2017

Ort, Datum

Unterschrift des zu Versichernden

# Fragebogen zur beruflichen Tätigkeit

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: 18.09.1979

Beruf: Analytical Support Officer (Sekundierung M Ger/OSZE)

## 1. Berufliche Besonderheiten

1.1 In welcher Branche sind Sie tätig?

zwischenstaatliche Organisation (engl.: Intergovernmental Organization, IGO), Staatliche Internationale Organisation

1.2 Welche Tätigkeiten führen Sie z.Zt. im einzelnen aus (bei mehreren Tätigkeiten bitte Angabe aller Tätigkeiten mit Angabe in % der Gesamttätigkeit)

80 % sitzende Buerotaetigkeit an einem Computer/Rechner

10 % koerperliche Taetigkeit

10 % sonstige Taetigkeit

1.3 Gelten für Ihre berufliche Betätigung spezielle Sicherheits- oder Tauglichkeitsvorschriften?

ja  nein

Wenn ja, welche?

1.4 Sind Sie bei Ihrer Tätigkeit besonderen beruflichen Belastungen oder Gefährdungen ausgesetzt?

ja  nein

Wenn ja, welchen?

1.5 Sind für die Ausübung Ihres Berufes spezielle Kenntnisse, Fähigkeiten, Erlaubnisse oder Lizenzen erforderlich?

ja  nein

Wenn ja, welche? (Kopie bitte beifügen)

Studium bzw akademische Ausbildung und spezielle Berufserfahrung

1.6 Sind Sie angestellt/selbstständig/beamtet? Seit wann?

angestellt seit: 1 Juni 2016 (sekundiert)

selbstständig seit: \_\_\_\_\_

beamtet seit: \_\_\_\_\_