

Persönliche Angaben

Wie haben Sie uns gefunden, wer hat uns empfohlen? _____

Bei der Suche über das Internet durch welchen Artikel? _____

Name, Vorname

Telefon

E-Mail

Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

Geburtsdatum

Geschlecht

Staatsangehörigkeit

Familienstand

Anzahl Kinder im Haushalt

Berufliche Angaben

Berufsbezeichnung

Branche, ggf. Studienfachrichtung

Ausbildung als

Höchster akademischer bzw. schulischer Abschluss

Bei Studenten, geplan-
tes Studienende MM/YY

Beschäftigung

Arbeitsverhältnis

Anteil Bürotätigkeit %

Anteil körperlicher Tätigkeit %

Anteil Reisetätigkeit %

Haben Sie Mitarbeiterverantwortung (oder Projektleitungsverantwortung)? ☐ Nein ☐ Ja:

Vollzeitmitarbeiter

Teilzeitmitarbeiter

Jahresbruttoeinkommen aktuell & der letzten drei Jahre (bei Selbstständigen Gewinn vor Steuern):

Aktuell: _____ € 20____ : _____ € 20____ : _____ € 20____ : _____ €

Bei Beamten Besoldungsstufe: _____

Bestehende Absicherung - Arbeitskraftabsicherung

_____ Gesellschaft	_____ Bestehende Absicherungssumme	€
_____ Versicherungsbeginn	_____ Versicherungsende	_____ Leistungsdauer bis (Endalter)
_____ Zahlbeitrag (Nettobeitrag)	_____ Tarifbeitrag (Bruttobeitrag)	_____ Zahlungsweise
Bleibt die Versicherung bestehen? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unentschlossen		
Haben Sie Absicherungsansprüche im Fall einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit aus einem Versorgungswerk oder einer betrieblichen Altersvorsorge?		
☐ Nein ☐ Ja, in Höhe von _____ € monatlich		
_____ Art der Versorgung	☐ Wissen Sie nicht	

Bestehende Versicherung – Krankenversicherung

_____ Bestehende Krankenversicherung	
_____ KV-Status	Wechsel gewünscht? ☐ Ja ☐ Nein

Gewünschter Versicherungsschutz

_____ Versicherungsbeginn	_____ Bis Endalter	_____ Gewünschte BU-Rente (mtl.)	€
Zwei Vertragslösung gewünscht (falls möglich)? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unentschlossen			
Weitere Informationen finden Sie im Artikel zur Zwei-Vertragslösung			

Bestehen über die Beratung zur BU hinaus noch weitere Beratungswünsche?

Risikofragen

1. Sind Sie aktuell Raucher?

☐ Ja ☐ Nein, seit min. 12 Monaten ☐ Nein, seit min. 10 Jahren

2. Wie sind Ihre aktuellen Körpermaße?

_____ cm
Körpergröße

_____ kg
Körpergewicht

3. Sind Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit besonderen Gefahren ausgesetzt?

☐ Ja ☐ Nein

_____ Wenn
ja, welche? (ggf. Eigenerklärung auf einem Extrablatt)

4. Betreiben Sie in Ihrer Freizeit gefährliche Sportarten/ Hobbys?
(z.B. Tauchen, Reiten, Berg-, Motor oder Kampfsport, etc.)

☐ Ja ☐ Nein

_____ Wenn
ja, welche? (Bitte Eigenerklärung Hobbys anfügen)

5. Ist in den nächsten **12 Monaten** ein Auslandsaufenthalt von **mehr als 3 Monaten** geplant?

☐ Ja ☐ Nein

_____ Welche(s) Land/ Region?

_____ Wann?

_____ Wie lange?

_____ Welcher Anlass?

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

☐ Ja ☐ Nein

_____ Wenn ja, bei welcher Versicherung?

_____ Art der Versicherung?

_____ Welche Erschwerung?

_____ Aus welchem Grund?

_____ €
Höhe der Versicherungssumme?

Gesundheitsfragen

1. Bestehen oder bestanden in den **letzten 5 Jahren** Krankheiten, Beschwerden bzw. Beeinträchtigungen oder fanden Arztbesuche, Behandlungen, Beratungen bzw. Untersuchungen statt, hinsichtlich:

- a) Herz oder Kreislauforgane/ Gefäße
(z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Venenleiden, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Rhythmusstörungen, Krampfadern)? ☐ 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, Harnsäurerhöhung, Gicht, Triglyceriderhöhung, Funktionsstörung der 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, Alzheimerkrankheit, Lähmungen, Nervenentzündung)? ☐ Ja ☐ Nein
- i) Psyche
(z.B. Angst-, Ess- oder psychosomatische Störung, Erschöpfungssyndrom, Burn Out, Depression, Suizidversuch, chronische Müdigkeit, Nervenzusammenbruch, Schizophrenie, Hyperaktivität, ADHS Trauerverarbeitung)? ☐ 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. Knochenbrüche, Gelenkverschleiß, Arthrose, Knochenbrüche, rheumatische Beschwerden, Meniskusschaden, Bänderrisse, Sehnenscheiden- oder Schleimbeutelentzündung, Muskelschwund)? ☐ Ja ☐ Nein
- l) Brustdrüsen
(z.B. knotige Veränderungen, Entzündungen)? ☐ Ja ☐ Nein

m) Haut, Allergien ☐ Ja ☐ Nein
(z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Ekzem, Schuppenflechte, Tierhaare)?
Bei Muttermal-/ Leberfleckentfernung: ☐ gutartig ☐ bösartig

n) Augen ☐ Ja ☐ Nein
(z.B. Sehstörung, Fehlsichtigkeit, Hornhautverkrümmung, erhöhter Augendruck, grauer/grüner Star, Netzhautablösung, Laserbehandlung)?

☐ kurzsichtig ☐ weitsichtig

Dioptrien links Dioptrien rechts

o) Ohren ☐ Ja ☐ Nein
(z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Gleichgewichtsstörung, Schwindel)?

p) Tumorerkrankungen ☐ Ja ☐ Nein
(z.B. Krebs, Zysten)?

2. Waren Sie in den letzten **5 Jahren länger als 2 Wochen** zusammenhängend ☐ Ja ☐ Nein
arbeitsunfähig erkrankt?

3. Haben innerhalb der letzten **10 Jahre** Krankenhaus-, Rehabilitations-, ☐ Ja ☐ Nein
Kuraufenthalte und/oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche
ärztlich empfohlen oder beabsichtigt?

4. Haben Sie innerhalb der letzten **10 Jahre** Drogen oder Betäubungsmittel konsumiert ☐ Ja ☐ Nein
oder wurden Sie in dem Zeitraum wegen Folgen des Konsums von
Betäubungsmitteln, Drogen oder Alkohol beraten oder behandelt?

5. Wurde **jemals** eine HIV-Infektion festgestellt, bzw. steht ein Ergebnis aus? ☐ Ja ☐ Nein

6. Bestehen **jemals** angeborene körperliche oder geistige Beeinträchtigungen, ☐ Ja ☐ Nein
Behinderungen oder Störungen?

☐ anerkannte Schwerbehinderung _____

Grad der Behinderung in %

☐ Erwerbsminderung

Erwerbsminderung in % Seit (Monat/Jahr)

7. Waren Sie vor **mehr als 10 Jahren** aber **innerhalb von 10 Jahren** ☐ Ja ☐ Nein
wegen psychischer Erkrankungen in Behandlung?

Hiermit stimmen Sie der Verwendung und Speicherung Ihrer persönlichen Daten bzw. Angaben im Rahmen der Beratung durch die Finanzdienstleistungen Marco Mahling GmbH & Co. KG und deren Mitarbeiter ausdrücklich zu. Sie können dieser Zustimmung jederzeit in Textform widersprechen.

Ort, Datum

Unterschrift

Dokumentenupload in unser Kundencloudsystem simplr

Registrierung in simplr

Falls noch nicht geschehen – Bitte melden Sie sich auf unserer Website unter [Neukundenregistrierung](#) an und ergänzen Sie anschließend fehlende Stammdaten, Sie können dort auch schon bestehende Verträge von Ihnen anlegen, die wir überprüfen sollen. [Die gewünschte Vorgehensweise zur Registrierung in der Kundencloud haben wir Ihnen hier auch wieder umfangreich niedergeschrieben.](#)

Was machen Sie nun mit Ihren Dokumenten?

Schicken Sie uns diese bitte **nicht** per Mail, sondern laden Sie sie direkt in simplr hoch. Bitte füllen Sie auch die Vorab-Datenschutzerklärung aus, damit wir mit Ihren sensiblen Gesundheitsdaten auch arbeiten dürfen – in Zeiten der Datenschutzgrundverordnung benötigen wir hier Ihr Einverständnis. Oder Sie unterzeichnen gleich in simplr die “Aktivierung”, hier ist die Datenschutzerklärung bereits inkludiert.

Bitte denken Sie an alle Unterlagen (falls vorhanden) und beschriften Sie diese auch wie folgt:

- ☐ Risikovorfrageformular
- ☐ Gesundheitsdaten Beiblatt
- ☐ Eigenerklärung Beruf
- ☐ Eigenerklärung Hobbys
- ☐ Eigenerklärung Vorerkrankungen
- ☐ Attest Facharzt Mai 2022
- ☐ Befundbericht Krankenhausaufenthalt März 2020
- ☐ Vorab-Datenschutzerklärung (Alternativ in simplr die “Aktivierung” unterschreiben)

Bitte laden Sie auch keine einzelnen Seiten des z. B. Voranfrageformular hoch, sondern fügen Sie (wenn Sie Unterlagen scannen) diese zu einer PDF-Datei zusammen (Ein gutes Tool dazu ist z. B. PDF24.org)

Ihren Namen müssen Sie auch nicht zufügen bei den Uploads. Die Dokumente werden automatisch Ihrem Account zugeordnet. Es können nur PDF-Dateien hochgeladen werden – keine Word Datei. Wandeln Sie bitte das Gesundheitsdaten Beiblatt als PDF-Datei um.

Was passiert anschließend?

Haben Sie etwas hochgeladen in simplr, werden wir automatisch benachrichtigt. Wir prüfen dann Ihre Dokumente und geben Ihnen Feedback, ob alles passt, oder ob wir noch weitere Infos oder Dokumente benötigen. Haben wir alles, was wir brauchen, fügen wir das Ganze zu einem PDF zusammen und schwärzen die persönlichen Daten von Ihnen raus (müssen Sie also nicht erledigen). Anschließend leiten wir die anonymen Risikovorfragen bei den Versicherungen ein.

Nochmal die wissenswertesten Artikel zur BU

1. [Leistungsdynamik bzw. garantierte Rentensteigerung](#)
2. [So läuft eine anonyme Risikovorfrage ab](#)
3. [Was ist eine Grundfähigkeiten-Versicherung?](#)
4. [Was ist eine Schwere-Krankheiten-Versicherung?](#)
5. [Unterschied zwischen Brutto- und Zahlbeitrag](#)
6. [BU trotz Falschabrechnung in der Krankenakte](#)
7. [Brauchen Sie eine Zwei-Vertragslösung in der BU?](#)
8. [Widerruf dynamische Anpassung bei der BU](#)
9. [Sonderaktionen mit vereinfachten Gesundheitsfragen in der BU](#)
10. [Vor Abschluss unbedingt die Krankenakte einsehen](#)

Stand: Januar 2025