

Ihre persönlichen Angaben

Name und Vorname

Telefon

E-Mail

Anschrift mit PLZ, Wohnort, Straße und Hausnummer

Geburtsdatum

Geschlecht

Nationalität

Familienstand

Kinder im Haushalt

Angaben zu Ihrem Beruf und Ihrem Werdegang

Berufsbezeichnung

Arbeitgeber oder Branche

Ausbildung als

Art der Ausbildung

Studium als

Höchster akademischer Abschluss

Anteil Bürotätigkeit in %

Anteil körperliche Tätigkeit in %

Anteil Reisetätigkeit in %

Haben Sie Mitarbeiterverantwortung?

Nein

Ja

_____ Vollzeitmitarbeiter

_____ Teilzeitmitarbeiter

Wie hoch ist Ihr Bruttoeinkommen (Selbstständige: Gewinn vor Steuern) in diesem und in den vergangenen 3 Jahren?

laufendes Jahr in Euro

20__ in Euro

20__ in Euro

20__ in Euro

Besteht bereits eine Absicherung?

Besteht bereits eine BU-Absicherung?

Nein

Ja

Bleibt die bestehende Absicherung bestehen?

Nein

Ja

Versicherer des Bestandsschutzes

Versicherungsbeginn

Versicherungsende

Zahlbeitrag in Euro

Maximalbeitrag in Euro

Zahlweise

Gibt es in der bestehenden Absicherung eine Erschwernis?

Nein

Ja

Wenn ja, welche:

Gibt es weitere BU-Absicherungen (betrieblich oder über ein Versorgungswerk) ?

Nein

Ja

Wenn ja, welche:

Ihr gewünschter Versicherungsschutz

Beginn des Schutzes

Laufzeit bis

Gewünschte BU-Absicherung

Ist eine ergänzende Todesfallabsicherung gewünscht?

Nein Ja

Soll die Arbeitskraftabsicherung mit der Altersvorsorge kombiniert werden?

Nein Ja

Gibt es weiteren Absicherungsbedarf?

Nein Ja

Wenn ja, welchen?

Risikofragen

1 Wie groß und wie schwer sind Sie?

Größe in cm

Gewicht in kg

2 Sind Sie Raucher?

Nein Ja

Wenn ja, was rauchen Sie und wie viel?

3 Bestehen in Ihrem Beruf besondere Gefahren? (z. B. Umgang mit Chemikalien oder gesundheitsgefährdenden Stoffen)

Nein Ja

Wenn ja, welche

4 Üben Sie gefährliche Sportarten oder Hobbys aus? (z. B. Tauchsport, Kampfsport, Pferdesport, Leistungs- oder Extremsport)

Nein Ja

Wenn ja, welche?

5 Beabsichtigen Sie in der nächsten 12 Monaten Aufenthalte von mehr als 3 Monaten außerhalb Europas?

Nein Ja

Welches Land bzw. welche Region?

Ab wann?

Wie lange?

Anlass?

6 Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Anträge auf Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Grundfähigkeitsversicherungen mit Erschwerungen (z. B. Zuschläge, Leistungsausschlüsse) angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt?

Nein Ja

Wenn ja, bei welcher Versicherung?

Art der Versicherung?

Aufgrund welcher Erschwernis?

Gesundheitsfragen

- 1** Sind oder waren Sie in den vergangenen 5 Jahren bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten in Beratung, Behandlung oder Untersuchung wegen Krankheiten oder Beschwerden ...
- a) des Herzens, des Kreislaufs oder der Gefäße?** Nein Ja
(z. B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Thrombosen, Schlaganfall, Krampfadern)
- b) der Atmungsorgane, der Lunge, der Bronchien, des Zwerchfells oder wegen Allergien?** Nein Ja
(z. B. Asthma bronchiale, Ekzem, Schlafapnoe, chronische Bronchitis)
- c) der Verdauungsorgane?** Nein Ja
(z. B. Bauchspeicheldrüsenerkrankung, Lebervergrößerung, Magenschleimhautentzündung, Sodbrennen)
- d) der Nieren, der Harnwege, der Blase, der Prostata, der Geschlechtsorgane oder der Brust?** Nein Ja
(z. B. Niereninsuffizienz, Zystennieren, Nierensteine, knotige Veränderungen, Entzündungen)
- e) des Stoffwechsels, der Schilddrüse, der blutbildenden Organe oder des Hormonhaushalts?** Nein Ja
(z. B. Diabetes, erhöhte Cholesterin- oder Triglyceridwerte, Gicht, Schilddrüsenerkrankungen)
- f) des Blutes, der Drüsen oder der Milz?** Nein Ja
(z. B. Anämie, Leukämie, Durchblutungsstörung, Blutgerinnungsstörung, Hämorrhoiden)
- g) wegen akuten oder chronischen Infektionen?** Nein Ja
(z. B. HIV, Pfeiffersches Drüsenfieber, Borreliose, Hepatitis)
- h) des Gehirns, des Nervensystems oder des Rückenmarks?** Nein Ja
(z. B. Parkinson, Migräne, Epilepsie, Lähmungserscheinungen)
- i) der Psyche?** Nein Ja
(z. B. Erschöpfungssyndrom, Burn-out, Depressionen, Angststörungen, berufliche und/oder private Belastungssituationen)
- j) des Rückens, der Schultern, der Wirbelsäule oder der Bandscheiben?** Nein Ja
(z. B. Hexenschuss, Skoliose, Bandscheibenvorfall, Rückenschmerzen, Verspannung)
- k) der Knochen, der Gelenke, der Bänder, der Sehnen oder der Muskeln?** Nein Ja
(z. B. Knochenbrüche, Meniskusschaden, Bänderrisse, Sehnencheiden- oder Schleimbeutelentzündung)
- l) der Haut?** Nein Ja
(z. B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Ekzem, Schuppenflechte, Tierhaarallergie)
- m) der Augen?** Nein Ja
(z. B. Fehlsichtigkeit, Hornhautverkrümmung, erhöhter Augendruck, grauer/grüner Star, Netzhautablösung)
- kurzsichtig Dioptrien links _____
weitsichtig Dioptrien rechts _____
- n) der Ohren?** Nein Ja
(z. B. Tinnitus, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Gleichgewichtsstörung, Schwindel)
- o) durch Erkrankungen oder Fehlfunktionen des Immunsystems?** Nein Ja
(z. B. Rheuma, Multiple Sklerose, chronisch entzündliche Darmerkrankungen)
- o) aufgrund einer Tumorerkrankung?** Nein Ja
(z. B. Krebs, Zysten)
- 2** Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig (z. B. mindestens über einen Monat hinweg oder über einen Zeitraum von mehr als 14 Tagen täglich) Medikamente ein? Nein Ja
- 3** Haben in den vergangenen 10 Jahren stationäre Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche derzeit ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? Nein Ja
- 4** Konsumieren oder konsumierten Sie in den letzten 5 Jahren Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel oder wurden Sie wegen der Folgen des Konsums von Alkohol beraten oder behandelt? Nein Ja
- 5** Sind oder waren Sie aus gesundheitlichen Gründen in den vergangenen 5 Jahren über 14 Tage nicht in der Lage, Ihrer beruflichen/schulischen Tätigkeit nachzugehen? Nein Ja

6 Bestehen (auch angeborene) körperliche oder geistige Beeinträchtigungen, Behinderungen oder Störungen? Nein Ja

(z. B. Folgen von Unfällen, chronischen Erkrankungen, Organfehler, Krankheiten, Vergiftungen, Verletzungen oder Amputationen)

7 Erhalten, erhielten oder beantrag(t)en Sie in den letzten 5 Jahren eine Rente wegen Erwerbs-, Berufs- oder Grundunfähigkeit, einer Erwerbsminderung oder aus anderen gesundheitlichen Gründen oder besitzen oder beantrag(t)en Sie die Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) oder liegt Ihnen ein Feststellungsbescheid vor? Nein Ja

(Bitte laden Sie Kopien der Bescheide in den digitalen Finanzmanager hoch, z. B. Rentenbescheid mit Begründungsteil, GdB-Feststellungs- oder Ablehnungsbescheid, Schwerbehindertenausweis).

Ergänzende Angaben

Für eine erste Einschätzung ergänzen Sie bitte die Antworten, die Sie mit Ja beantwortet haben. Hilfreich sind für uns Hinweise auf Art, Umfang und Dauer der Erkrankung. Auch Hinweise auf Therapien, Medikationen und sonstige Behandlungen helfen uns. Wenn der Platz hier nicht ausreicht, verwenden Sie dieses Blatt gerne mehrfach oder nutzen Sie einseparates Blatt.

Hilfreich sind z. B. Informationen zur Art der Erkrankung, Behandlungsdauer, aktueller Status der Beschwerden, zu behandelnden Ärzte mit Namen und vollständiger Anschrift. Vorhandene Arztberichte, Befunde, Blutbilder, Atteste etc. bitte zusammen mit diesem Bogen in den digitalen Finanzmanager hochladen.

Ergänzung zu Frage _____

Ergänzung zu Frage _____

Ergänzung zu Frage _____

Hiermit stimme ich der Verwendung, Speicherung und Verarbeitung meiner persönlichen Daten bzw. Angaben im Rahmen der Beratung und Vermittlung durch die optimal absichern GmbH, Beckerskamp 1, 25358 Horst, und deren Mitarbeitern ausdrücklich zu. Diese Zustimmung kann jederzeit in Textform per Mail an service@optimal-absichern.de widerrufen werden.

Ort und Datum

Unterschrift der Kundin/ des Kunden

1 Bitte registrieren Sie sich

Die Plattform für unsere Zusammenarbeit ist der digitale Finanzmanager. Den sicheren Zugang gibt es als App für Android und iOS und als Desktop-Variante unter www.meine-finanzen.digital.

Wenn Sie bereits Kunde bei uns sind oder sich registriert haben, können Sie sich jederzeit mit der bei uns hinterlegten E-Mail im digitalen Finanzmanager anmelden.

Haben Sie noch keinen Zugang, können Sie sich jederzeit kostenlos über den QR-Code registrieren und den digitalen Finanzmanager sofort nutzen.



2 Unterlagen hochladen

Wir möchten Sie bitten, alle Unterlagen für die Risikovorfrage ausschließlich im digitalen Finanzmanager hochzuladen und sie **nicht** per Mail zu senden. Diese Unterlagen benötigen wir vor allem:

- Risikofragebogen
- Arztberichte
- Atteste
- Befundberichte
- Laborwerte
- Patientenquittung der GKV

Bitte beachten Sie:

- Wir benötigen alle Dokumente als PDF. Keine Bilder oder andere Formate.
- Keine Einzelseiten hochladen. Zusammengehörige Dokumente auch als 1 PDF hochladen.
- Tools wie Adobe Acrobat helfen dabei, Seiten zusammenzufügen.
- Dokumente beschriften, z. B. *Risikofragebogen* oder *Arztbericht Dr. Müller*

3 Jetzt sind wir dran!

Wir fügen den relevanten Inhalt aller Dokumente für Sie zu einer Übersicht über Ihren Gesundheitsstatus zusammen. Diese Übersicht erhalten Sie von uns und wir stimmen uns zu möglicherweise offenen Punkten oder fehlenden Dokumenten mit Ihnen telefonisch, per Video-Konferenz oder per E-Mail ab.

Am Ende entsteht so eine Dokumentation, die wir für Sie anonymisieren und die wir als Grundlage für die Risikovorfrage nehmen und mit denen wir ins Gespräch mit den Versicherungsgesellschaften und Risikoprüfern gehen, um Ihre Versicherbarkeit abzustimmen.