

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

OPTICON Beratungs- und Finanzdienstleistungs GmbH

Hauptstr. 24 • 67273 Weisenheim am Berg

Tel.: 06353/5080200

Fax: 06353/5080201

info@opticon-bfg.de

http://www.opticon-bfg.de/

Persönlicher Ansprechpartner:

Wichtiger Hinweis: Die folgenden Fragen sind sehr wichtig für die grundsätzliche Einschätzung der Versicherbarkeit und der Wahl des Versicherers bzw. Produktes. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen deshalb sehr genau! Probleme bei der Beantragung und auch im Leistungsfall können somit vermieden werden! Da die Versicherer unterschiedliche Zeiträume abfragen, sollten die Fragen hier ohne zeitliche Befristung angegeben werden	In jedem Fall sind jedoch ☐ die letzten 5 Jahre (bei ambulanten Behandlungen) ☐ die letzten 10 Jahre (bei stationären und psychologischen Behandlungen) ☐ relevant und anzugeben!
Name der zu versichernden Person	☐ identisch mit Versicherungsnehmer s. o. Vorname: Name:
1. Allgemeine Fragen:	
1.1. Geburtsdatum:	. .
1.2. Körpergröße:	cm
1.3. Gewicht:	kg
1.4. Beruf:	
1.5. Sind Sie in Ihrem Beruf (Strahlen, Chemikalien, Gase, usw.) oder beim Sport bzw. Hobby (Kampfsport, Bergsteigen, Tauchen, Reiten, Motorsport, Luftfahrt, usw.) besonderen Gefahren ausgesetzt?	☐ nein ☐ ja Wenn ja, bitte nähere Angaben:
2. Bestanden oder bestehen bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden...	

2.1. des Herzens oder der Kreislauforgane?

☐ nein ☐ ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ☐ ambulant ☐ stationär

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- ☐ völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
☐ weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.2. der Atmungsorgane?

☐ nein ☐ ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ☐ ambulant ☐ stationär

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- ☐ völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
☐ weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.3. der Verdauungsorgane?

☐ nein ☐ ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ☐ ambulant ☐ stationär

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- ☐ völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
☐ weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.4. der Harn- oder Geschlechtsorgane?

☐ nein ☐ ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ☐ ambulant ☐ stationär

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- ☐ völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
☐ weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.5. des Gehirns, Rückenmarks, allg. Nerven?

☐ nein ☐ ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ☐ ambulant ☐ stationär

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- ☐ völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
☐ weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.6. der Augen?

☐ nein ☐ ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ☐ ambulant ☐ stationär

von bis

aktuelle Dioptrienzahl:

links: rechts:

letztes Untersuchungsergebnis:

- ☐ völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
☐ weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.7. der Ohren?

☐ nein ☐ ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ☐ ambulant ☐ stationär

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- ☐ völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
☐ weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.8. der Haut, Drüsen, Milz, Allergien?

☐ nein ☐ ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ☐ ambulant ☐ stationär

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- ☐ völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
☐ weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.9. wegen Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhungen, anderer Blutwerte, Harnsäureerhöhungen, Gicht, Funktionsstörungen der Schilddrüse?

☐ nein ☐ ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ☐ ambulant ☐ stationär

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- ☐ völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
☐ weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.10. wegen Geschwülsten/Tumoren?

☐ nein ☐ ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ☐ ambulant ☐ stationär

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- ☐ völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
☐ weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.11. der Knochen und Gelenke
- auch Wirbelsäule und Bandscheiben?

☐ nein ☐ ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ☐ ambulant ☐ stationär

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- ☐ völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
☐ weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.12. wegen akuter oder chronischer Infektions-, Geschlechts- oder Tropenkrankheiten?

☐ nein ☐ ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ☐ ambulant ☐ stationär

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- ☐ völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
☐ weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.13. der Psyche

☐ nein ☐ ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ☐ ambulant ☐ stationär

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- ☐ völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
☐ weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.14. wegen sonstiger Krankheiten, Gebrechen, körperlicher Fehler oder Beschwerden, nach denen bis jetzt nicht ausdrücklich gefragt wurde?

☐ nein ☐ ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ☐ ambulant ☐ stationär

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- ☐ völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
☐ weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

3. Zusatzfragen für Frauen:

☐ entfällt

3.1. Bestanden oder bestehen bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden der weiblichen Organe?

☐ nein ☐ ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ☐ ambulant ☐ stationär

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- ☐ völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
☐ weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

3.2. Besteht aktuell eine Schwangerschaft?

☐ nein ☐ ja

Wenn **ja**, in welchem Schwangerschaftsmonat befinden Sie sich?

Monat

3.3. Sind vorausgegangene Schwangerschaften und Entbindungen normal verlaufen?

☐ nein ☐ ja

Wenn **nein**, bitte nähere Angaben zu den aufgetretenen Komplikationen:

4. Zahnstatus:

4.1. Fehlen Zähne (außer Weisheitszähne)?

☐ nein ☐ ja

Wenn **ja**, wieviele?

Stück

Lückenschluss: ☐ nein ☐ ja

4.2. Wurden Zähne ersetzt bzw. überkront?

☐ nein ☐ ja

Wenn **ja**, wieviele?

Stück

wann?

4.3. Besteht eine Zahnbetterkrankung oder Zahnbettfehlstellung?

☐ nein ☐ ja

Wenn **ja**, bitte nähere Infos.

4.4. Werden derzeit Zahnbehandlungen zur Zahn- und Kieferregulierung, wegen Parodontose oder Zahnersatz durchgeführt, oder sind solche notwendig, angeraten, oder beabsichtigt?

☐ nein ☐ ja wenn **ja**, welche?

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- ☐ völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
☐ weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

5. Allgemeine Fragen:

5.1. Sind Sie mit Medikamenten behandelt worden

☐ nein ☐ ja

Wenn **ja**, mit welchen Medikamenten?

weshalb?

wann?

5.2. Nahmen oder nehmen Sie Drogen oder andere Betäubungsmittel?

☐ nein ☐ ja

Wenn **ja**, welche?

seit wann?

5.3. Rauchen Sie?

☐ nein ☐ ja

Wenn **ja**, wie viel täglich?

- ☐ Zigaretten ☐ E-Zigaretten
☐ Zigarillos ☐ Verdampfer etc.
☐ Zigarren
☐ (Wasser-) Pfeife

5.4. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Alkohol zu sich (d.h. mehr als 1 Monat lang täglich oder an mehr als der Hälfte der Tage eines Jahres)?

☐ nein ☐ ja

Wenn **ja**, in welchem Umfang?

5.5. Haben Sie jemals einen Selbsttötungsversuch unternommen?

☐ nein ☐ ja

Wenn **ja**, wann?

5.6. Haben Sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten?

☐ nein ☐ ja

Wenn **ja**, bitte nähere Angaben und verbliebene Gesundheitsschädigung nennen:

5.7. Besteht eine Erwerbsminderung nach dem Schwerbehindertengesetz?

☐ nein ☐ ja

Wenn **ja**, zu wieviel %?

%

5.8. Sind Sie jemals operiert worden?

☐ nein ☐ ja

Wenn **ja**, weshalb?

wann?

5.9. Ist eine Operation vorgesehen oder angeraten? ☐ nein ☐ ja	Wenn ja, weshalb? wann?
5.10. Sind Sie mit Röntgen-, Radium-, Isotopen- oder sonstigen Strahlen behandelt oder untersucht worden? ☐ nein ☐ ja	Wenn ja, weshalb? wann?
5.11. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt?	☐ nein ☐ ja
6. Ärzte:	
6.1. Hausarzt (Name und Anschrift)	 Behandler zu den Fragen Nr.:
6.2. Welche Ärzte haben Sie zu den oben angegebenen Fragen behandelt? Sofern nötig, Beiblatt nutzen!	Frage Nummer(n): Arzt (Name und Anschrift) Frage Nummer(n): Arzt (Name und Anschrift) Frage Nummer(n): Arzt (Name und Anschrift)
6.3. Haben Sie andere Ärzte außer den oben genannten in den letzten 5 Jahren behandelt, untersucht oder beraten?	Frage Nummer(n): Arzt (Name und Anschrift)
6.4. In welchen Krankenhäusern oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen sind Sie untersucht oder behandelt worden?	Frage Nummer(n): Krankenhaus (Name und Anschrift) Frage Nummer(n): Krankenhaus (Name und Anschrift)

7. Sonstige Hinweise, Bemerkungen

Risikorelevante Fragen und Belehrung

Bei den Fragen handelt es sich um Fragen zu Ihrer persönlichen Risikosituation. Sie bilden die Basis der Beratung.

Unvollständige und unrichtige Angaben lassen nur eine eingeschränkte Analyse zu und führen evtl. zu einer falschen Auswahl des Versicherungsschutzes. Bitte informieren Sie uns daher unbedingt, wenn sich Änderungen ergeben oder Fragen versehentlich falsch bzw. nicht beantwortet wurden.

Datum, Unterschrift

Interne Notizen

Mitarbeiter:
Datum :
Uhrzeit: Von bis

- ☐ telefonische Erfassung ☐ schriftliche Kundenangaben
☐ persönliche Besprechung
 ☐ im Maklerbüro ☐ beim Kunden
☐

Rev004 vom 06.09.2016