

## Fragebogen Berufsunfähigkeitsversicherung

Bitte diesen Fragebogen **so detailliert wie möglich** ausfüllen und danach unterschrieben in den digitalen Versicherungsordner Simplr hochladen. Die Zugangsdaten für Simplr haben wir in separaten Mails versendet.

### 1) Persönliche Angaben

verheiratet      Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Familienstand verheiratet      Anzahl Kinder \_\_\_\_\_

### 2) Fragen zum Beruf

Wie nennen Sie Ihren Beruf? \_\_\_\_\_  
(z.B.: Ingenieur, Architekt, Informatiker, ...)

Bei Studenten: Welchen Studiengang besuchen Sie? \_\_\_\_\_

Bei Schülern: Welche Schulform und Klasse besuchen Sie? \_\_\_\_\_

Bei Schülern / Studenten / Azubis: Wann ist Ihre Ausbildung voraussichtlich abgeschlossen? \_\_\_\_\_

Sind Sie selbstständig oder freiberuflich tätig? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie eine leitende Funktion? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, für wie viele Mitarbeiter? \_\_\_\_\_

#### Wie hoch ist der Anteil (in %)

an Bürotätigkeiten \_\_\_\_\_ an körperlichen Tätigkeiten \_\_\_\_\_

an künstlerischen Tätigkeiten \_\_\_\_\_ an Reisetätigkeit \_\_\_\_\_

Was ist Ihr höchster Berufsabschluss? \_\_\_\_\_  
(mit Angabe des Studiengangs / der abgeschlossenen Ausbildung)

**Bitte beschreiben Sie Ihren Arbeitsalltag (in Stichpunkten, möglichst genau):**

---

---

---

### 3) Fragen zum Einkommen und Bedarf

Wie hoch war Ihr jährliches Bruttoeinkommen in den letzten 3 Kalenderjahren? (mit Angabe der Jahre)

\_\_\_\_\_

Wie hoch ist Ihr monatliches Nettoeinkommen? \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_  
(Kalenderjahr)

Wie sind Sie krankenversichert? ☐ verheiratet

Wenn Privat: Haben Sie ein Krankentagegeld abgeschlossen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: In welcher Höhe? \_\_\_\_\_

Bestehen bereits Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherungen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Wo? Seit wann? Mit welcher Laufzeit und Rentenhöhe?

Wurde der Vertrag mit Ausschluss / Zuschlag angenommen? Wenn ja, welcher?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Handelt es sich dabei um eine Lösung über Ihren Arbeitgeber? ☐ ja ☐ nein

Wann hat diese Versicherung begonnen und welche Bedingungen liegen zugrunde (Datum)?

\_\_\_\_\_

Bestehen bereits Dread Disease- oder Grundfähigkeitsversicherungen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Wo? Mit welcher Laufzeit und Rentenhöhe?

\_\_\_\_\_

#### 4) Zusatzangaben für Beamte

Berufsgruppe \_\_\_\_\_

(z.B.: Lehrer, Richter, Staatsanwalt, Polizei, Justizvollzug, Feuerwehr, Bundespolizei, Berufssoldat, Zeitsoldat, ...)

Bitte weitergehende und detaillierte Beschreibung bei Punkt 2) Fragen zum Beruf angeben.

Eintrittsdatum in den Öffentlichen Dienst: \_\_\_\_\_

Aktueller Status: BaL

Lohnsteuerklasse: \_\_\_\_\_

Kirchensteuer ☐ ja ☐ nein

Bundesland Ihres Wohnortes: \_\_\_\_\_

Anzahl kindergeldberechtigte Kinder: \_\_\_\_\_

Kinderfreibeträge: \_\_\_\_\_

Besoldungstabelle (Bund / Land (welches?)): \_\_\_\_\_

Aktuelle Besoldungsgruppe: \_\_\_\_\_

Aktuelle Erfahrungsstufe: \_\_\_\_\_

Waren Sie schon vor dem 03.10.1990 bei einem Arbeitgeber im Beitrittsgebiet beschäftigt?

☐ ja ☐ nein

## 5) Fragen zu Hobbys und Gefahren

Üben Sie Hobbys oder Sportarten aus? Wenn ja, welche?

---

---

Machen Sie nähere Angaben über den Umfang und die Art (z.B. Reiten: Welchen Stil? Western, Volteigieren, etc.) und ob Sie dies professionell tun bzw. Geld dafür erhalten.

---

---

---

Sind Sie während der beruflichen Tätigkeit besonderen Gefahren wie z.B. dem Umgang mit explosiven oder radioaktiven Stoffen ausgesetzt? Üben Sie außergewöhnliche Tätigkeiten aus, die man in Ihrem Berufsbild nicht vermuten würde?

---

---

---

Haben Sie in den nächsten 12 Monaten eine Reise außerhalb Deutschlands geplant? Wenn ja: Wohin? Wie lange? Zu welchem Zweck?

---

---

---

## 6) Allgemeine Gesundheitsfragen

Sie können genaue Nachweise zu Ihren medizinischen Behandlungen und Diagnosen bei folgenden Stellen zur Sicherheit einholen:

- durch Anfrage bei Ihrer Krankenkasse oder
- durch Aushändigungen Ihrer Krankenakte bei Ihrem Hausarzt

**Nehmen Sie sich beim Ausfüllen der Gesundheitsangaben Zeit.**

Haben Sie in den letzten 12 Monaten Zigaretten (auch E-Zigaretten) oder andere Tabak-Waren konsumiert?

☐ ja ☐ nein

Bei den folgenden Fragen geht es um den **Zeitraum der letzten 5 Jahre**. Hatten Sie in diesem Zeitraum Beschwerden, Erkrankungen oder Einschränkungen oder wurden ärztliche Behandlungen durchgeführt, angeraten oder beabsichtigt ...

1. des Herzens, des Kreislaufs oder der Gefäße (z.B. auch Krampfadern, Durchblutungsstörungen, Herzinfarkt, Thrombose, ...)

☐ ja ☐ nein

*(ggf. kurze Beschreibung: Was war wann, warum, wie wurde behandelt, wann war es wieder gut?)*

2. der Atmungsorgane (z.B. an Lunge, Bronchien, Zwerchfell, Kehlkopf, Rippenfell, Schlafapnoe, Covid-19, ...)

☐ ja ☐ nein

3. Allergische Erkrankungen (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Asthma, ...)

☐ ja ☐ nein

4. Hauterkrankungen

☐ ja    ☐ nein

5. der Verdauungsorgane, Nieren, Harnwege (z.B. Speiseröhre, Leber, Darm, Sodbrennen, Magenschmerzen, ...)

☐ ja    ☐ nein

6. der Geschlechtsorgane (z.B. Brustdrüsen, Prostata, Schwangerschaftskomplikationen)

☐ ja    ☐ nein

7. Stoffwechselerkrankungen

☐ ja    ☐ nein

8. Augenerkrankungen oder Fehlsichtigkeit

☐ ja    ☐ nein

9. Ohrenerkrankungen (z.B. Schwindelzustände, Ohrgeräusche, ...)

☐ ja    ☐ nein

10. Erkrankungen des Rückens, ärztlich behandelte Verspannungen, Bandscheibenschäden, Skoliose, Erkrankungen des Nackens

☐ ja    ☐ nein

11. Erkrankungen der Knochen, Sehnen, Bänder, Muskeln, Gelenke

☐ ja    ☐ nein

12. des Blutes oder der blutbildenden Organe

☐ ja    ☐ nein

13. Drüsen oder Milz

☐ ja    ☐ nein

14. des Gehirns oder der Nerven (z.B. Migräne)

☐ ja ☐ nein

15. Infektionskrankheiten, die länger als einen Monat lang anhielten

☐ ja ☐ nein

16. Haben Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig oder zusammenhängend über eine Woche Medikamente eingenommen oder verschrieben bekommen (mit Ausnahme der Anti-Baby-Pille) ?

☐ ja ☐ nein

17. Haben Sie in den letzten 5 Jahren Drogen konsumiert (Alkohol und Tabakwaren zählen nicht dazu) ?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wurden Sie diesbezüglich in den letzten 5 Jahren untersucht / beraten / behandelt?

☐ ja ☐ nein



18. Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 10 Werktage zusammenhängend arbeitsunfähig krankgeschrieben?

☐ ja ☐ nein

Die folgenden Angaben beziehen sich auf **die letzten 10 Jahre**.

19. Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen, Schlaf-, Angst-, Essstörungen, Erschöpfungssyndrom, ...)

☐ ja ☐ nein

20. gutartige Tumore und Neubildungen

☐ ja ☐ nein

21. Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen?

☐ ja ☐ nein

22. Wurden Sie **jemals** wegen der Folgen von Alkoholkonsum beraten oder behandelt?

☐ ja ☐ nein

23. Sind **jemals** Familienmitglieder an Krebs, Herzinfarkt oder Schlaganfall erkrankt?

☐ ja ☐ nein

24. Sind Sie in den letzten 5 Jahren von Ärzten, Psychologen, Heilpraktikern oder Angehörigen weiterer Gesundheitsberufe untersucht, beraten, behandelt oder operiert worden aufgrund von Krankheiten, Unfällen oder Beschwerden, die bisher nicht abgefragt wurden?

☐ ja ☐ nein

25. Sind Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt worden oder waren Sie in den letzten 10 Jahren zur Kur, hatten eine Strahlen- oder Chemotherapie oder sind solche Aufenthalte in den nächsten 24 Monaten ärztlich angeraten oder empfohlen.

☐ ja ☐ nein

26. Wurde bei Ihnen **jemals** eine HIV Infektion festgestellt oder stehen hier noch Testergebnisse aus?

☐ ja ☐ nein

27. Wurde bei Ihnen jemals ein bösartiger Tumor oder Krebs festgestellt?

☐ ja    ☐ nein

28. Bestehen Behinderungen (auch angeborene) oder haben Erkrankungen oder Unfälle Folgen hinterlassen (falls erteilt, auch Grad der Behinderung [GdB], Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE], Grad der Schädigungsfolgen [GdS] oder Wehrdienstbeschädigung [WDB] angeben)?

☐ ja    ☐ nein

Bitte geben Sie Ihre Körpergröße und Ihr Körpergewicht an.

\_\_\_\_\_ cm      \_\_\_\_\_ kg

Bitte geben Sie an, welcher Arzt am besten über Ihren gesundheitlichen Zustand Bescheid weiß:

\_\_\_\_\_

Ich habe Bedarf an weiterer Beratung zu folgenden Versicherungen und Vorsorge

---

---

Bitte beantworten Sie sämtliche der obigen Fragen wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen. Unwahre Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Hiermit bestätige ich \_\_\_\_\_ die Weitergabe meiner o.g. Angaben zwecks Voranfragen für eine Einkommensabsicherung.

Weiter dürfen die Angaben dieses Fragebogens zum Zwecke der weiteren Beratung vom Versicherungsmakler gespeichert werden.

Datum und Unterschrift \_\_\_\_\_