

Anfrage zur Berufsunfähigkeits-/Privaten Krankenversicherung

Nachname: Vorname:

Geburtsdatum:

Berufsbezeichnung/berufliche Tätigkeit:

Ausbildung als:

Akademischer Abschluss als:

Branche: Angestellt oder selbständig:

Anteil der kaufmännischen oder aufsichtsführenden Tätigkeit:

Monatliches Bruttoeinkommen: € Gewünschte monatliche BU-Höhe: €

Gewünschtes Krankentagegeld: €

Fragen zum Gesundheitszustand

Geben Sie bitte auf Seite 2 Einzelheiten zu den Fragen an, die mit „ja“ beantwortet sind.

Leiden oder litten Sie in den letzten fünf Jahren an

- | | | | |
|---------------------------------|---|-----------------------------------|---|
| ■ Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | ■ Asthma/Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| ■ Hautkrankheiten | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | ■ Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| ■ Diabetes | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | ■ Schilddrüsenerkrankung(en) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| ■ Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | ■ sonst. Stoffwechselerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| ■ Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | ■ Migräne | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| ■ Magen-/
Darmerkrankung(en) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | ■ sonstigen Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Haben oder hatten Sie in den letzten fünf Jahren Beschwerden oder Krankheiten an

- | | | | |
|------------------|---|---------------|---|
| ■ Rücken | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | ■ Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| ■ Bandscheibe(n) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |

Liegen folgende Beeinträchtigungen bei Ihnen vor?

- | | | | |
|------------|---|------------------------|---|
| ■ Skoliose | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | ■ Beinlängenverkürzung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
|------------|---|------------------------|---|

Wurden in den letzten fünf Jahren folgende Behandlungen bei Ihnen durchgeführt?

- | | | | |
|------------------|---|--------------------|---|
| ■ Massagen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | ■ Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| ■ Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |

Liegt eine Schwangerschaft vor?

- | | | | |
|---------------------------|---|----------------------------------|-------|
| ■ Versicherte Person | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | ■ Welcher Schwangerschaftsmonat? | |
| ■ Ehefrau/Lebensgefährtin | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

