

Berufsunfähigkeitsversicherung - Anfrage - Gesundheit vorab

Seite 1 von 2

Sie können dieses Formular direkt an Ihrem PC ausfüllen. Dazu verwenden Sie am Besten den Acrobat Reader(ab Version 7.0 aufwärts), den Sie [hier kostenlos herunter laden](#) können.

Name, Vorname _____

Titel _____

Strasse, Hausnr. _____

Geb. Datum _____

PLZ / Ort _____

Beruf _____

Status

1. Allgemeine Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand

Körpergrösse [cm] Gewicht [kg] BMI Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

2. Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren an .. oder gab es Beschwerden bzgl. ... gab es Arztbesuche ?

Heuschnupfen	Ja	Nein	Atemwegserkrankungen	Ja	Nein	Rückenschmerzen	Ja	Nein
Hautkrankheiten	Ja	Nein	Schilddrüsenerkrankung	Ja	Nein	Augenerkrankungen	Ja	Nein
Bluthochdruck	Ja	Nein	Magen/Darmerkrankung	Ja	Nein	Ohrenerkrankungen	Ja	Nein
Kopfschmerzen	Ja	Nein	Stoffwechselerkrankung	Ja	Nein	Sonstiges (z.B. Unfälle)	Ja	Nein
Bewegungsapparat (z.B. Rücken, Knie, Bänder, Gelenke, Muskeln)	Ja	Nein	Arztbesuche, sonstige	Ja	Nein			

3. Bestehen körperliche Beeinträchtigungen oder Behinderungen? z.B.

Skoliose Ja ☐ Nein Kurz/Weitsichtigkeit Ja ☐ Nein Beinlängenverkürzung Ja ☐ Nein

4. Wurden in den letzten 5 Jahren folgende Behandlungen durchgeführt / verordnet?

Massagen? Ja ☐ Nein regelmässig Medikamente? Ja ☐ Nein Krankengymnastik? Ja ☐ Nein
Sonstige Heilbehandler (z.B. Osteopathen, Chiropraktiker etc.) Ja ☐ Nein

5. Gab es in den letzten 10 Jahren ...

stationäre Aufenthalte? Ja ☐ Nein Psychotherapie? Ja ☐ Nein Kuren? Ja ☐ Nein
ambulante Operationen? Ja ☐ Nein Tumorerkrankungen? Ja ☐ Nein Suizidversuch? Ja ☐ Nein

Bitte machen Sie auf der folgenden Seite Angaben zu den Fragen, die Sie mit JA beantwortet haben.

WICHTIG: Auch ggfls. zu Dingen, die Sie für nicht so relevant halten!

Nur so ist dann eine vernünftige Risiko-Voreinschätzung möglich!

PETER WOLNITZA GMBH
Gartenstrasse 51
61130 Nidderau

Telefax:
06187 - 90 29 88

Email:
info@wolnitza.de

Sie haben Fragen?
06187 - 90 29 89 oder

Berufsunfähigkeitsversicherung - Anfrage - Gesundheit vorab

Seite 2 von 2

Name, Vorname _____

Geb. Datum _____



Bitte machen Sie möglichst genaue Angaben zu: Art der Beschwerden (WAS war?), WIE OFT aufgetreten, WIE wurde behandelt? (Medikamente, Dosis, Häufigkeit) stationäre Aufenthalte? (Dauer, wie oft), WIE LANGE wurde behandelt? ist die Behandlung abgeschlossen, die Krankheit ausgeheilt?, SEIT WANN?



10

Ich versichere hiermit, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe. Fehlerhafte oder unvollständige Angaben gefährden dabei den Versicherungsschutz oder verhindern dessen Zustandekommen!

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

PETER WOLNITZA GMBH
Gartenstrasse 51
61130 Nidderau

Telefax:
06187 - 90 29 88

Email:
info@wolnitza.de

Sie haben Fragen?
06187 - 90 29 89 oder