

# Erfassungsbogen Leben & BU

## Angaben zum Poolpartner – Bitte alles in Druckbuchstaben ausfüllen.

Name des Poolpartners (bei Firmen bitte Ansprechpartner benennen)		Poolpartner/Vermittler-Nr.	
Telefon	Fax	E-Mail	
Folgetermin	Uhrzeit	Mobil	

## Persönliche Daten des Kunden

Name, Vorname		Titel		Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		Wenn verheiratet: Ist Ihre Frau/Ihr Mann berufstätig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Staatsangehörigkeit				<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert	
Straße/Hausnummer				<input type="checkbox"/> privatversichert bei _____	
PLZ		Ort		Bundesland	
Derzeitige berufliche Tätigkeit/Ausbildung/Branche				Name, Vorname des Ehepartners	
<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> verbeamtet <input type="checkbox"/> sonstiges (z. B. Student)				Geburtsdatum	
Sind Sie Gesellschafter-Geschäftsführer oder Angehöriger eines Gesellschafters bzw. Unternehmers der Firma? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
				Vorname Kind 1	
				Geburtsdatum	
				Vorname Kind 2	
				Geburtsdatum	

## Persönliche Daten der versicherten Person

Name, Vorname		Titel		Jahreseinkommen brutto _____ netto _____	
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		Personalverantwortung für / Anzahl der Mitarbeiter _____ Personen	
Staatsangehörigkeit				Anteil der Bürotätigkeit am festen Arbeitsplatz _____ %	
Adresse (falls abweichend)				Anteil der körperlichen Tätigkeit _____ %	
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet				Sonstige Tätigkeit _____ Art _____ %	
Derzeitige berufliche Tätigkeit/Ausbildung/Branche				Gefahrenerhöhende Hobbys _____	
<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> nicht berufstätig <input type="checkbox"/> angest. ö. D.				Wie sind Sie im Moment versichert?	
<input type="checkbox"/> selbstständig seit _____ <input type="checkbox"/> Anspruch auf Heilfürsorge				<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> nicht versichert seit _____	
<input type="checkbox"/> freiberuflich seit _____ <input type="checkbox"/> berücks. Angehöriger				<input type="checkbox"/> privat Voll <input type="checkbox"/> privat Zusatz	
<input type="checkbox"/> Beamter beim <input type="radio"/> Bund <input type="radio"/> Land _____				Gesellschaft _____ Seit wann? _____	
Beihilfeanspruch in % _____ Amb./Zahn _____ Stat. _____				Momentane Tarife _____	
Bei Beantragung von Ausbildungstarifen:				Höhe Krankentagegeld _____ ab Tag _____ momentaner Gesamtbeitrag (inkl. Pflege) _____	
<input type="checkbox"/> Schüler <input type="checkbox"/> Azubi <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Beamtenanw./Ref.				Geplanter bzw. gewünschter Versicherungsbeginn _____	
Dauer der Ausbildung/des Studiums von _____ bis voraussichtlich _____					
Ausbildungsziel _____					

## Tarifart/Grundangaben

<input type="checkbox"/> Lebensversicherung <input type="checkbox"/> Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> Karenzzeit <input type="radio"/> ohne <input type="radio"/> 3 Monate <input type="radio"/> 6 Monate <input type="radio"/> 12 Monate <input type="radio"/> _____ Monate
<input type="checkbox"/> Risikoleben <input type="radio"/> mit konstanter VS <input type="radio"/> mit fallender VS <input type="checkbox"/> verb. Leben	Versicherungssumme _____ € monatliche Rente _____ €
<input type="checkbox"/> Basisrente <input type="checkbox"/> Riester-Rente <input type="checkbox"/> bAV (nur Direktversicherung)	Beitrag lt. Zahlweise _____ €
<input type="checkbox"/> Pflegerente <input type="checkbox"/> Sterbegeld	<b>Hauptversicherung</b>
<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeit <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeit <input type="checkbox"/> Grundfähigkeit <input type="checkbox"/> Dread Disease	Versicherungsdauer _____ Jahre Endalter _____ Jahre
<b>erweiterte Tarifangaben</b>	Beitragszahlungsdauer _____ Jahre
<input type="checkbox"/> klassisch <input type="checkbox"/> fondsgebunden <input type="checkbox"/> with profit (UWP) <input type="checkbox"/> sofortbeginnend	<b>Zusatzversicherung</b>
<input type="checkbox"/> Gewinnbeteiligung <input type="radio"/> Verrechnung <input type="radio"/> Bonus <input type="radio"/> Fondsansammlung	Versicherungsdauer _____ Jahre Endalter _____ Jahre
<input type="checkbox"/> Rentenbezugsform <input type="radio"/> variabel <input type="radio"/> teildynamisch <input type="radio"/> dynamisch <input type="radio"/> in Fonds	Zahlweise <input type="radio"/> 1/12 <input type="radio"/> 1/4 <input type="radio"/> 1/2 <input type="radio"/> 1/1 <input type="radio"/> einmal
<input type="checkbox"/> Todesfallleistung im Aufschub	<i>Nur zu beantworten, wenn fondsgebundene LV/RV angekreuzt wurde:</i>
<input type="radio"/> Beitragsrückgewähr <input type="radio"/> _____ % Beitragssumme <input type="radio"/> _____ €	Art <input type="checkbox"/> individuell <input type="checkbox"/> gemanagt
<input type="checkbox"/> Todesfallleistung im Rentenbezug <input type="radio"/> Restkapital <input type="radio"/> Rentengarantiezeit _____ Jahre	Strategie <input type="checkbox"/> Sicherheit <input type="checkbox"/> Wachstum <input type="checkbox"/> Chance
<input type="checkbox"/> BU-Beitragsbefreiung <input type="checkbox"/> BU-Rente in Höhe von _____ €	

# Erfassungsbogen Leben & BU

## Gesundheitsfragen

Falls eine der folgenden Fragen mit ja beantwortet wird, bitte zwingend den Ergänzungsbogen ausfüllen!

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1. Körpergröße und Körpergewicht  | 1. Person<br>Name _____<br>_____ cm _____ kg                                    | 2. Person<br>Name _____<br>_____ cm _____ kg                                    |
| 2. Bestehen derzeit Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, Fehler körperlicher oder geistiger Art, die in den letzten 10 Jahren ärztlich festgestellt wurden (auch wenn sie nicht behandelt wurden) oder Pflegebedürftigkeit oder wurde eine Implantatversorgung (keine Zahnimplantate!) durchgeführt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                       |
| 3. Bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, Fehler körperlicher oder geistiger Art (auch wenn sie nicht behandelt wurden), Pflegebedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                       |
| 4. Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante Untersuchungen oder aufgrund von Vorerkrankungen medizinische Kontrolluntersuchungen oder Behandlungen von Ärzten, Zahnärzten, Masseuren oder anderen Heilbehandlern statt?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                       |
| 5. Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Behandlungen, Untersuchungen, Beobachtungen, Operationen oder Therapien statt (z.B. im Krankenhaus, Sanatorium, Kurklinik oder andere Heilstätten) oder sind solche angeraten?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                       |
| 6. Fanden in den letzten 10 Jahren psychotherapeutische, psychiatrische, psychosomatische oder Suchtberatungen, Untersuchungen, Behandlungen oder Gesprächstherapien statt?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                       |
| 7. Besteht eine Fehlsichtigkeit bzw. benötigen Sie eine Sehhilfe (z.B. Brille oder Kontaktlinsen)?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja dpt _____ li _____ re | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja dpt _____ li _____ re |
| 8. Besteht eine Sterilität bzw. wurden ärztliche Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen aufgrund eines unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern durchgeführt?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                       |
| 9. Besteht eine anerkannte Wehrdienstbeschädigung, Erwerbsminderung, Berufsunfähigkeit oder (Schwer)-Beschädigung? Wenn ja, bitte Anerkennungsbescheid mit der Bezeichnung und dem Grad der Behinderung beifügen.   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                       |
| 10. Werden oder wurden in den letzten 10 Jahren regelmäßig Alkohol oder Drogen konsumiert oder bestand Abhängigkeit? Bitte geben Sie Art und Menge an.  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                       |
| 11. Haben Sie in den letzten 5 Jahren Medikamente (auch Salben, Tropfen, Spritzen) mindestens 10 Tage eingenommen oder angewandt? Gilt auch für nicht ärztlich verordnete Medikamente.  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                       |
| 12. Wurde jemals eine HIV-Infektion/Aids, Hepatitis C oder ein bösartiger Tumor festgestellt?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                       |
| 13. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Woche           | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Woche           |
| 14. Ist eine Behandlung, Untersuchung oder Operation – stationär oder ambulant – bei Ärzten, Heilpraktikern, Heilbehndlern, Zahnärzten oder Kieferorthopäden notwendig, angeraten oder beabsichtigt bzw. finden solche zur Zeit statt?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                       |
| 15. Fehlen natürliche Zähne, die noch nicht ersetzt sind? (Vollständiger Lückenschluss und Weisheitszähne gelten nicht als fehlend.) Bitte Anzahl angeben.  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ fehlen          | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ fehlen          |
| 16. Besteht eine Zahnbetterkrankung, Zahn- oder Kieferfehlstellung?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                       |
| 17. Wie viele Zähne wurden ersetzt bzw. überkront (auch provisorisch oder herausnehmbar)?   | _____ ersetzt _____ überkront   | _____ ersetzt _____ überkront   |
| 18. Wann erfolgte der Zahnersatz bzw. die Überkronung?  | _____ Monat _____ Jahr  | _____ Monat _____ Jahr  |
| 19. Wann erfolgte der letzte Zahnarztbesuch?  | _____ Monat _____ Jahr  | _____ Monat _____ Jahr  |
| 20. Rauchen Sie oder haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja täglich _____ St.     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja täglich _____ St.     |

sonstiges

Mit meiner Unterschrift erkläre ich verbindlich und widerruflich: Ich entbinde hiermit alle Angehörigen der Heilberufe (Ärzte, Zahnärzte usw.) und Angehörigen von Gesundheitsämtern und Krankenhäusern, die mich in den letzten fünf bzw. zehn Jahren untersucht, behandelt oder sonstwie beraten haben, von ihrer Schweigepflicht. Ich erteile der Jung, DMS & Cie. AG, Kormoranweg 1, 65201 Wiesbaden, sowie in Zusammenhang mit dieser Anfrage betraute Unternehmen, die Erlaubnis, alle zum Abschluss eines Versicherungsvertrags erforderlichen Auskünfte zu erteilen und entgegenzunehmen. Darüber hinaus ermächtige ich Jung, DMS & Cie., im Bedarfsfall über

mich Auskünfte bei Wirtschafts-/Schuldnerauskunfteien einzuholen. Ich bin damit einverstanden, dass oben gemachte Angaben und Daten zur Erfassung und späteren Vertragsdurchführung gespeichert und verarbeitet werden.

\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Ort  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift