



Angaben zum Poolpartner

Name _____	Vorname _____
Firma _____	PP-/Vermittlernummer _____
Telefon _____	Fax _____
Mobil _____	E-Mail _____

Persönliche Daten der versicherten Person

Name _____	Vorname _____	Titel _____	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Geburtsdatum _____	Staatsangehörigkeit _____	Raucher <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Straße _____		Hausnr. _____	
PLZ _____	Ort _____		
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet			
Derzeitige berufliche Tätigkeit/Ausbildung/Branche _____			
<input type="checkbox"/> Schüler <input type="checkbox"/> Azubi <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Beamtenanwärter/Referendar			
Dauer der Ausbildung/des Studiums von _____		bis voraussichtlich _____	Ausbildungsziel _____
<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> angestellt im öffentlichen Dienst <input type="checkbox"/> verbeamtet <input type="checkbox"/> selbstständig seit _____		<input type="checkbox"/> freiberuflich seit _____	
Jahreseinkommen brutto _____		Jahreseinkommen netto _____	
Sind Sie Gesellschafter-Geschäftsführer oder Angehöriger eines Gesellschafters bzw. Unternehmers der Firma? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Personalverantwortung für _____ Personen		Anteil der Bürotätigkeit am festen Arbeitsplatz in % _____	
Anteil der körperlichen Tätigkeit in % _____		Anteil sonstiger Tätigkeit (Art) _____ in % _____	
Gefahren erhöhende Hobbys/andere besondere Gefahren _____			
Sind Auslandsaufenthalte geplant? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo und wie lange? _____			

Allgemeine Tarifangaben

Versicherungsbeginn _____	Versicherungsdauer _____	Jahre	beziehungsweise Versicherungsendalter _____
---------------------------	--------------------------	-------	---

Produktauswahl

<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeit	garantierte monatliche Rente _____
<input type="checkbox"/> Dienstunfähigkeit	garantierte monatliche Rente _____
<input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeit	garantierte monatliche Rente _____
<input type="checkbox"/> Grundfähigkeit	garantierte monatliche Rente _____
<input type="checkbox"/> Schwere Krankheiten (Dread Disease)	Versicherungssumme _____



Erklärungen der versicherten Person

Berufs- oder Freizeitrisikos

Sind Sie im Beruf oder in der Freizeit Gefahren ausgesetzt (Umgang mit explosiven oder radioaktiven Stoffen, Auslandsaufenthalte oder Kommandierungen zu Auslandseinsätzen der Bundeswehr, Motorsport-Aktivitäten, Fallschirmspringen, Flugsport einschließlich Gleitschirmspringen oder Hängegleiten, Kampfsport, Tauchsport, Teilnahme an Reitwettbewerben oder Bergsport ausgenommen Wandern)?

nein ja

Welche? _____

Erschwerte Annahmen und/oder Ablehnung von Vorversicherungen

Wurden in den letzten 5 Jahren Lebensversicherungen, Dread-Disease-Versicherungen (Leistung bei schwerer Erkrankung) bzw. Berufs-/Erwerbs-/Schulunfähigkeits-, Erwerbsausfall- oder Pflegerentenversicherung zurückgestellt, abgelehnt oder erschwert angenommen?

nein ja

Wann und weshalb? _____

Bestehende Vorversicherungen

Bestehen bereits gleichartige Versicherungen (Berufsunfähigkeit, Dread Disease, Grundfähigkeit) für Sie oder wurden bislang bzw. werden zeitgleich solche beantragt?

nein ja

Antrags- bzw. Abschlusdatum _____

Art der Versicherung _____

Dread Disease Versicherungssumme _____

Versicherungsgesellschaft _____

Höhe der jährlichen BU- bzw. Grundfähigkeitsrente _____

Angaben zum Gesundheitszustand

Bestehen oder bestanden in den letzten 10 Jahren Krankheiten, Beschwerden oder Funktionsstörungen ...

01) ... des Herzens, Kreislaufs, der Gefäße (z. B. Schmerzen in der Herzgegend, Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörungen, ärztlich festgestellter erhöhter Blutdruck, Schlaganfall, Gefäßveränderungen, Durchblutungsstörungen, Thrombose)?

nein ja _____

02) ... der Lunge, Bronchien, Luftröhre, Nase (z. B. Entzündung, Asthma, chronische Bronchitis, Schlafapnoe)?

nein ja _____

03) ... der Speiseröhre, des Magens, des Darms, der Leber, der Bauchspeicheldrüse, der Galle, der Milz (z. B. Entzündung, Geschwür, Blutung, erhöhte Leberwerte)?

nein ja _____

04) ... der Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane, Brust (z. B. Entzündung, Steinbildung, Zystennieren, Blut- oder Eiweißausscheidung)?

nein ja _____

05) ... des Stoffwechsels, Blutes, der Schilddrüse (z. B. Zuckerkrankheit, erhöhte Blutfettwerte, Gicht, Anämie, Leukämie, Lymphknoten)?

nein ja _____

06) ... des Gehirns, Nervensystems, der Psyche (z. B. Multiple Sklerose, Epilepsie, Migräne, Lähmungen, Erschöpfungssyndrom, chronische Schmerzen, Schwindel, Angststörung, Depression, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Essstörung, psychosomatische Störung, Suchterkrankung, Selbsttötungsversuch)?

nein ja _____

07) ... der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen oder Bänder, sowie der Wirbelsäule, Bandscheiben (z. B. Bewegungseinschränkungen, Fehlstellungen, Verschleiß, Entzündungen, Rheuma, Fibromyalgie)?

nein ja _____

08) ... der Augen (z. B. Sehstörung, Netzhauterkrankungen, erhöhter Augendruck, Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien)?

nein ja _____

Dioptrien li _____ re _____

09) ... der Ohren (z. B. Hörminderung, Hörsturz, Ohrgeräusche, Gleichgewichtsstörungen)?

nein ja _____

10) ... der Haut oder Allergien (z. B. Entzündung, Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hausstaub-, Pollen-, Tierhaar-, Nahrungsmittel- oder berufsbedingte Allergie)?

nein ja _____

11) ... wie Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankungen, Tropenkrankheiten (z. B. Malaria, Hepatitis, Tuberkulose, Borreliose)?

nein ja _____



12) ... der Psyche (z. B. Depressionen, Angststörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-syndrom, chronisches Müdigkeitssyndrom, psychosomatische Störung), Suchterkrankung (z. B. Einnahme von Drogen, Folgen von Alkoholgenuß)? nein ja _____

13) ... wie gut- oder bösartige Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Zyste, Adenom), erfolgte ein Selbsttötungsversuch oder wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver Aids-Test)? nein ja _____

14) Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine Minderung der Erwerbsfähigkeit oder eine Schwerbehinderung? nein ja Minderung der Erwerbsfähigkeit um _____
Grad der Schwerbehinderung _____

15) Sind Sie in den letzten 5 Jahren ambulant oder stationär durch Ärzte oder andere Behandler (z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten) untersucht, beraten oder behandelt worden? nein ja Von wem, wann und weshalb? _____

16) Wurden in den letzten 12 Monaten Arzneimittel verordnet bzw. eingenommen? nein ja Welche, wann und wie lange? _____

17) Erfolgt in den letzten 10 Jahren Operationen, Krankenhaus- bzw. Kuraufenthalte oder haben Sie einen Unfall, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten? nein ja _____

Körpergröße in cm _____ Gewicht in kg _____

Name und Anschrift des Hausarztes _____

Wichtige Hinweise

Bitte fügen Sie alle risikorelevanten Unterlagen (einschließlich eventuell vorhandener Arztberichte, etc.) bei. Es erfolgt keine Meldung der Vorabanfrage an das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft! Die Beantwortung der Risiko-Vorabanfrage und das damit getroffene Votum gilt vorbehaltlich der endgültigen Risikoprüfung bei Antragstellung und nach Erhalt aller für die Risikoprüfung erforderlichen Unterlagen bzw. Informationen. Das Votum ist somit nicht bindend.

Schlusserklärungen des Kunden

- Ich wurde über die verschiedenen Leistungsbereiche und -inhalte informiert und habe diese verstanden.
- Ich ermächtige Jung, DMS & Cie., Wirtschaftsauskünfte über mich bei der arvato infoscore GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, einzuholen.
- Ich bestätige die Richtigkeit der Gesundheitsangaben.

Datum Ort Kundenunterschrift

Kundeneinwilligung zur Datenverarbeitung nach §§ 4, 4a BDSG

Ich willige hiermit ein, dass meine personenbezogenen Daten (insbesondere auch solche zu meinen finanziellen Verhältnissen und meinem Gesundheitszustand), die ich im Rahmen von Datenaufnahmen, Beratungsdokumentationen, Vertragsabschlüssen oder der Betreuung meiner Verträge gegenüber dem Vertriebsunternehmen/Makler offenbare, bei diesem in einer Datensammlung, insbesondere auch elektronisch gespeichert und verarbeitet werden.

Ich willige zudem ein, dass die Gesellschaften, mit denen ich durch Vermittlung des Vertriebsunternehmens/Maklers Vertragsbeziehungen begründe, sämtliche Daten zum Verlauf und zur Entwicklung dieser Verträge über den Maklerpool und mit diesem verbundene Unternehmen an das Vertriebsunternehmen/den Makler sowie etwaige Rechtsnachfolger übermitteln und dass diese von der jeweils datenempfangenden Stelle gespeichert und verarbeitet werden.

Die Speicherung und Verarbeitung soll der Erstellung von Angeboten zum Abschluss von Versicherungs-, Kapitalanlage- und Darlehensverträgen sowie deren anschließender Betreuung dienen. In diesem Zusammenhang willige ich ferner ein, dass meine Daten an nachstehende Dritte elektronisch, fernschriftlich und/oder postalisch übermittelt und von diesen gegebenenfalls gespeichert bzw. weiter bearbeitet werden dürfen:

- mit dem Vertriebsunternehmen/Makler verbundene Handelsvertreter
- Spezialmakler, Maklerpools, mit diesen verbundene Unternehmen und Abwicklungsplattformen

- Versicherungsunternehmen und deren Bevollmächtigte
- Sozialversicherungsträger
- Rechtsanwälte, Steuerberater und Wirtschaftsprüfer.

Voraussetzung für die Übermittlung meiner Daten an einen Empfänger der vorstehenden Kategorie und deren Speicherung bzw. weitere Verarbeitung ist, dass dies entweder der Herbeiführung des Vertragschlusses, der Erzielung verbesserter Konditionen, der Qualitätskontrolle/-verbesserung, der Antragsprüfung, der Inanspruchnahme notwendiger Zusatzberatung oder dem Erhalt erforderlicher Auskünfte dient. Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und widerrufbar. Ich bin jedoch darauf hingewiesen worden, dass eine Verweigerung der Einwilligung bzw. deren Widerruf dazu führt, dass das Vertriebsunternehmen/der Makler die von ihm angebotene Vermittlungs- und Beratungsleistung nicht erbringen kann und eine Folgebetreuung bereits abgeschlossener Verträge nicht mehr gewährleistet ist. Im Falle eines Widerrufs beschränkt das Vertriebsunternehmen/der Makler die Datenspeicherung und/oder Datenübermittlung auf den zur Erfüllung seiner gesetzlichen Pflichten notwendigen Umfang. Die Einwilligung erfolgt unter dem ausdrücklichen Vorbehalt, dass das Vertriebsunternehmen/der Makler seiner Verpflichtung nachkommt, meine Daten gegen den unbefugten Zugriff durch Dritte zu schützen und diese nicht an Dritte weiterzugeben, die keinen Bezug zu den o. g. Zwecken der Datenverarbeitung haben.

Datum Ort Kundenunterschrift