

Risikoanalyse Berufsunfähigkeitsversicherung

per E-Mail an: kontakt@safive.de

Kundendaten	Vermittler
Nachname/Vorname <input type="text"/>	Nachname/Vorname <input type="text"/>
Geburtsdatum <input type="text"/> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	E-Mail-Adresse <input type="text"/>
Anschrift <input type="text"/>	Telefonnummer <input type="text"/>
Telefonnummer <input type="text"/>	
E-Mail-Adresse <input type="text"/>	
Staatsangehörigkeit <input type="text"/>	
Haben Sie Kinder? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> falls ja, Anzahl: <input type="text"/>	

Bestehender Versicherungsschutz	
Gesellschaft <input type="text"/>	Endalter <input type="text"/>
BU-Rente (mtl.) <input type="text"/>	Bleibt die Versicherung bestehen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Zahlbeitrag <input type="text"/> EURO	Tarifbeitrag <input type="text"/> EURO

Versicherungswunsch	
Versicherungsbeginn <input type="text"/>	Endalter <input type="text"/>
Gewünschte BU-Rente (mtl.) <input type="text"/>	

Wunschgesellschaften (inkl. Angabe der Tarife)	
Gesellschaft <input type="text"/>	Tarife <input type="text"/>
Gesellschaft <input type="text"/>	Tarife <input type="text"/>
Gesellschaft <input type="text"/>	Tarife <input type="text"/>

Risikoanalyse Berufsunfähigkeitsversicherung

per E-Mail an: kontakt@safive.de

Angaben zum Beruf

Berufsbezeichnung

Branche ggf. Studienfachrichtung

Beschäftigung: Vollzeit Teilzeit- Std. pro Woche Saisonarbeit

Angestellte/r Selbständig/er Freiberufler/in Auszubildende/r Hausfrau/Hausmann

Student/in Schüler/in Beamte/r auf Lebenszeit Beamte/r auf Widerruf/Probe

Detailfragen zum Beruf

1) Streben Sie aus medizinischen Gründen einen Arbeitsplatzwechsel an bzw. haben Sie jemals deshalb den Arbeitsplatz gewechselt oder eine Tätigkeit aufgegeben? Ja Nein

Wenn ja, welche Erkrankung?

2) Sind Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit besonderen Gefahren ausgesetzt? Ja Nein

Wenn ja, welche?

3) Anteil Bürotätigkeit in % Anteil körperlicher Tätigkeit in % Anteil sonstige Tätigkeit in %

4) Jahreseinkommen der letzten drei Jahre

20 : Brutto Netto

20 : Brutto Netto

20 : Brutto Netto

5) Sind Sie leitend tätig? Ja Nein

a) falls ja – Anzahl der Mitarbeiter, die Ihnen unterstellt sind:

Risikoanalyse

Berufsunfähigkeitsversicherung

per E-Mail an: kontakt@safive.de

Allgemeine Fragen

5) Sind Sie Raucher? Ja Nein

wenn ja, was genau und wie viel? (Zigaretten, Zigarillos, Pfeife, Shisha, E-Zigaretten, usw.)

6) Betreiben Sie in Ihrer Freizeit gefährliche Sportarten/Hobbys (Tauchen, Motorsport, Kampfsport, etc.) ? Ja Nein

Wenn ja, welche?

7) Ist in den nächsten 12 Monaten ein Auslandsaufenthalt von mehr als 3 Monaten geplant? Ja Nein

Wenn ja,

Welches Land / welche Region?

Wann?

Wie lange?

Aus welchem Anlass?

8) Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Anträge bei Lebensversicherungsgesellschaften zu erschwerten Bedingungen (z.B. Zuschläge, Leistungsausschlüsse) angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt? Ja Nein

Wenn ja,

Wo?

Art der Versicherung?

Welche Erschwerung?

Aus welchem Grund?

Höhe der Versicherungssumme?

EUR

Gesundheitsfragen

cm

Körpergröße

kg

Körpergewicht

1) Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten drei Jahren geändert? Ja Nein

Wenn ja: zugenommen abgenommen kg
Wie viele kg?

2) Haben innerhalb der letzten 10 Jahre Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte und/oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? Ja Nein

3) Sind Sie in den letzten 5 Jahren von Ärzten, Heilpraktikern oder anderen Therapeuten untersucht, beraten oder behandelt worden oder sind solche Maßnahmen derzeit vorgesehen wegen:

a) Herz oder Kreislauforgane/Gefäße (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Venenleiden, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Rhythmusstörungen, Krampfadern)? Ja Nein

b) Atmungsorgane, Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z.B. chronische oder wiederholte Bronchitis, Asthma, Atemwegsprobleme, Lungenentzündung, Schlafapnoe)? Ja Nein

c) Verdauungsorgane, Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber (z.B. Magengeschwür, erhöhte Leberwerte, Fettleber, Sodbrennen, Verdauungsstörungen)? Ja Nein

d) Niere, Blase, Prostata, Geschlechtsorgane (z.B. Nierensteine, Nierenentzündung, Zysten)? Ja Nein

e) Stoffwechsel, Drüsen (z. B. Diabetes, erhöhte Cholesterinwerte, Harnsäureerhöhung, Gicht, Triglyceriderhöhung, Funktionsstörung der Schilddrüse)? Ja Nein

Risikoanalyse

Berufsunfähigkeitsversicherung

per E-Mail an: kontakt@safive.de

Gesundheitsfragen

- f) Blut, Milz (z.B. Anämie, Leukämie, Durchblutungsstörung, Blutgerinnungsstörung, Hämorrhoiden)? Ja Nein
- g) akute oder chronische Infektionen (z. B. Malaria, Hepatitis, Borreliose, Gürtelrose, Pfeiffersches Drüsenfieber)? Ja Nein
- h) Gehirn, Nervensystem, Rückenmark (z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Migräne, Bewusstseinsverlust, Parkinson, Alzheimerkrankheit, Lähmungen, Nervenentzündung)? Ja Nein
- i) Psyche (z.B. Angststörungen, Erschöpfungssyndrom, psychosomatische Störung, Burn-Out-Syndrom, Depression, Essstörung, Suizidversuch, chronische Müdigkeit, Nervenzusammenbruch, Schizophrenie, Hyperaktivität, ADHS, Trauerverarbeitung)? Ja Nein
- j) Wirbelsäule, Bandscheibe, Rücken (z.B. Hexenschuss, Ischias, Bandscheibenvorfall, WS-Syndrom, Wirbelsäulenverkrümmung, Rückenschmerzen, Verspannung)? Ja Nein
- k) Knochen, Gelenke, Bänder, Sehnen, (z.B. Knochenbrüche, Gelenkverschleiß, Arthrose, Knochenbrüche, rheumatische Beschwerden, Meniskusschaden, Bänderrisse, Sehnenscheiden- oder Schleimbeutelentzündung, Muskelschwund)? Ja Nein
- l) Brustdrüsen (z.B. knotige Veränderungen, Entzündungen)? Ja Nein
- m) Haut, Allergien (z. B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Ekzem, Schuppenflechte, Tierhaare)?
Bei Muttermal-/Leberfleckentfernung: gutartig bösartig
- n) Augen (z.B. Sehstörung, Fehlsichtigkeit, erhöhter Augendruck, grauer/grüner Star, Netzhautablösung, Laserbehandlung)? Ja Nein
 kurzsichtig weitsichtig
Dioptrien links Dioptrien rechts
- o) Ohren (z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen, Schwindel)? Ja Nein
- p) Wurde eine HIV-Infektion festgestellt, bzw. steht ein Ergebnis aus? Ja Nein
- q) Konsum von oder Behandlung des Konsums von Betäubungsmitteln, Drogen oder Alkohol innerhalb der letzten 10 Jahre? Ja Nein
- r) Tumorerkrankungen innerhalb der letzten 5 Jahre (z.B. Krebs, Zysten) (10 Jahre bei Continentale, Helvetia, WWK oder Zurich)? Ja Nein
- s) Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 2 Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig erkrankt? Ja Nein
- t) Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren in festen zeitlichen Abständen apothekenpflichtige/verschreibungspflichtige Arzneimittel zu sich? (Empfängnisverhütungsmittel sind ausgenommen) Ja Nein
- u) bestehen angeborene körperliche oder geistige Beeinträchtigungen, Behinderungen oder Störungen? Ja Nein
- anerkannte Schwerbehinderung:
Grad der Behinderung in %
- Erwerbsminderung:
Minderung des Erwerbs in % Seit
- Wehrdienstbescheinigung (WDB)
- Pflegebedürftigkeit:
Seit wann?

Risikoanalyse

Berufsunfähigkeitsversicherung

per E-Mail an: kontakt@safive.de

Details zu den Gesundheitsfragen

Bitte machen Sie hier genauere Angaben (Diagnose, Beschwerden, Häufigkeit, Behandlungsdauer, Folgen, Behandlung/Medikation, Beschwerdefreiheit) zu den im Abschnitt »Gesundheitsfragen« positiv beantworteten Fragen.
 Fügen Sie bitte die entsprechenden Zusatz-Fragebögen (falls für Krankheitsbild vorhanden) und zwingend alle vorhandene Dokumente (z.B. Arztberichte, OP-Berichte, Krankenhausentlassungsberichte) bei.

Zu Frage	Diagnose, Beschwerden, Folgen	Wann, wie lange, wie häufig?	Medikation, Behandlung	Beschwerdefreiheit
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Seit <input type="text"/>
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Seit <input type="text"/>
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Seit <input type="text"/>
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Seit <input type="text"/>
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Seit <input type="text"/>
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Seit <input type="text"/>
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Seit <input type="text"/>
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Seit <input type="text"/>
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Seit <input type="text"/>

Der Makler bestätigt hiermit, dass eine Vollmacht des Kunden vorliegt, die es ihm gestattet, die persönlichen Daten und Gesundheitsangaben an Partner und Versicherer weiterzuleiten, um passende Angebote für eine Berufsunfähigkeitsversicherung zu erhalten. Sofern der Kunde diese Erklärung eigenhändig unterzeichnet, ist eine Vollmacht nicht erforderlich und er erteilt somit die zuvor genannten Befugnisse.

Ort | Datum | Unterschrift | Marie Christina Schröders

Ort | Datum | Unterschrift | Kunde

Datenschutzinformation

gemäß
Art. 13 und 14 DSGVO
- Internetanfrage -

Betroffener ¹ (Interessent)		
	Vorname	Name
Verantwortlicher		
Gemeinsame Verantwortung (gemäß Art. 26 DSGVO)	Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten findet gemeinsam mit weiteren Verantwortlichen statt. Die Namen und Kontaktdaten der weiteren Verantwortlichen teilen wir Ihnen auf Anfrage jederzeit kostenfrei mit.	
Datenschutzbeauftragter	Dipl.-Kfm. Guido Babinsky c/o basucon GmbH Detmolder Straße 204 33100 Paderborn	
Zweck der Datenverarbeitung	<ul style="list-style-type: none">▪ Kontaktaufnahme▪ Korrespondenz zur Erbringung von Beratungs- und Dienstleistungen	
Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung	<ul style="list-style-type: none">▪ Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO)▪ Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. a und Art. 7 DSGVO)▪ Rechtliche Verpflichtung (Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO)	
Normale Daten und Datenkategorien (gemäß Art. 6 DSGVO)	<ul style="list-style-type: none">▪ Angaben und Daten zu Beratungen, Dienstleistungen, Produkten▪ Datum, Inhalt und Quelle der Anfrage▪ Kontaktdaten▪ Namen	
Besonders schützenswerte Daten und Datenkategorien (gemäß Art. 9 DSGVO)	Keine	
Verarbeitung aufgrund berechtigter Interessen	Findet nicht statt	
Empfänger / Empfängerkategorien	<ul style="list-style-type: none">▪ Auftragsverarbeiter	
Übermittlung an ein Drittland / Internationale Organisationen	Findet nicht statt	
Dauer der Datenverarbeitung	<p>Zum Zeitpunkt dieser Information können wir Ihnen die genaue Verarbeitungsdauer Ihrer Daten noch nicht konkret nennen.</p> <p>Wir verarbeiten Ihre Daten aber nur so lange, wie wir dafür eine Rechtsgrundlage haben.</p> <p>Um sicherzustellen, dass Ihre Daten nicht darüber hinaus verarbeitet werden, halten wir ein Löschkonzept vor, welches die sehr unterschiedlichen gesetzlichen und vertraglichen Fristen für die Aufbewahrung/Vorhaltung Ihrer Daten sowie angemessene Zeiträume für die endgültige Löschung berücksichtigt.</p> <p>Gesetzliche und vertragliche Aufbewahrungs-/Vorhaltefristen ergeben sich zum Beispiel aus den Regeln des Gewerbe-, Handels- oder Steuerrechtes sowie aus den allgemeinen und besonderen Verjährungsfristen.</p>	

¹ Aus Vereinfachungsgründen wird im gesamten Dokument die männliche Form auch für alle anderen Geschlechter verwendet.

Allgemeine Rechte Betroffener (Art. 15 - 18, 20, 21, 77 DSGVO)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auskunft (Art. 15 DSGVO) ▪ Berichtigung (Art. 16 DSGVO) ▪ Löschung (Art. 17 DSGVO) ▪ Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) ▪ Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) ▪ Widerspruchsrecht (Art. 21 DSGVO) ▪ Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde (Art. 77 DSGVO)
Widerrufsrecht Betroffener (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)	<p>Sofern die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten auf Ihrer freiwilligen Einwilligung beruht, haben Sie jederzeit das Recht, diese Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, die aufgrund Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO erfolgt, formlos zu widerrufen.</p> <p>Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten dann nicht mehr, es sei denn, wir können andere Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung nachweisen.</p>
Besondere Rechte (Art. 26 Abs. 3 DSGVO)	Alle vorgenannten Rechte können Sie bei jedem der gemeinsam Verantwortlichen geltend machen.
Hinweise zu Ihren Rechten	<p>Sie haben das Recht, sich jederzeit bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren.</p> <p>Die Liste der Aufsichtsbehörden finden Sie hier: https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften_Links/anschriften_links-node.html.</p> <p>Falls Sie keinen Zugang zu dieser Liste im Internet haben, sprechen Sie uns bitte an. Wir nennen Ihnen dann die Kontaktdaten der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde.</p> <p>Sofern die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten auf Ihrer Einwilligung beruht, dann erfolgt dies ausdrücklich aufgrund Ihrer freiwilligen Entscheidung, die Sie jederzeit formlos widerrufen können.</p> <p>Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass ein Widerruf gemäß Art. 7 Abs. 3 oder ein Widerspruch gemäß Art. 21 DSGVO eventuell dazu führen kann, dass wir unsere Tätigkeiten, für die wir diese Daten benötigen, Ihnen gegenüber dann nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfüllen können.</p>
Hinweise zur gemeinsamen Verantwortung (gemäß Art. 26 DSGVO)	<p>Die gemeinsam Verantwortlichen haben eine Vereinbarung geschlossen, die bestimmt, dass alle gemeinsam Verantwortlichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ angemessene technische und organisatorische Maßnahmen ergreifen, um Ihre Daten zu schützen und Ihre Rechte zu wahren ▪ ein Löschkonzept vorhalten ▪ Ihre Dokumentationspflichten erfüllen ▪ Sie vor der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten mit Datenschutzinformationen bzw. -erklärungen gemäß Art. 13 und 14 DSGVO vollständig informieren verpflichtet sind, Ihnen die Ausübung Ihrer Rechte zu ermöglichen
Pflicht zur Bereitstellung	Eine Pflicht zu Bereitstellung besteht nicht, aber für den Fall der Nichtbereitstellung der Daten kann keine Bearbeitung erfolgen.
Quelle der Daten	<p>Die Daten werden teilweise bei Ihnen erhoben.</p> <p>Darüber hinaus erhalten wir Daten vom Anbieter, über den wir die Anfrage erhalten haben.</p>
Automatisierte Entscheidungsfindung / Profiling	Findet nicht statt
Empfangsbestätigung	
Ich erkläre, dass ich die vorstehenden Informationen gelesen, verstanden und eine Ausfertigung erhalten habe.	
Ort, Datum	Unterschrift Betroffener

Einwilligungserklärung
gemäß
Art. 6 und 7 DSGVO

Betroffener ² (Interessent)	
Verantwortlicher	
Gemeinsame Verantwortung (gemäß Art. 26 DSGVO)	Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten findet gemeinsam mit weiteren Verantwortlichen statt. Die Namen und Kontaktdaten der weiteren Verantwortlichen teilen wir Ihnen auf Anfrage jederzeit kostenfrei mit.
Datenschutzbeauftragter	Dipl.-Kfm. Guido Babinsky c/o basucon GmbH Detmolder Straße 204 33100 Paderborn
Erklärungen des Betroffenen	
<p>Ich erkläre, dass ich die Datenschutzinformationen gemäß Art. 13 und 14 DSGVO gelesen, verstanden und eine Ausfertigung erhalten habe.</p> <p>Ich willige freiwillig in die Aufnahme in den Interessentenpool des Verantwortlichen ein.</p> <p>Die künftige Kontaktaufnahme wünsche ich über folgende(n) Kommunikationsweg(e):</p> <p><input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Telefon</p> <p><input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Telefax</p> <p>Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung für die Zukunft jederzeit widerrufen kann.</p>	
Ort, Datum	Unterschrift Betroffener

² Aus Vereinfachungsgründen wird im gesamten Dokument die männliche Form auch für alle anderen Geschlechter verwendet.