



- * Füllen Sie das Formular Risikovorfrage möglichst vollständig aus. Das vermeidet Rückfragen und beschleunigt den Prozess!
- * Je mehr Unterlagen uns zur Verfügung stehen, desto präziser können wir unsere Antwort formulieren. Fügen Sie daher eventuell erforderliche Fragebögen oder Befunde (Vorerkrankungen, Freizeitaktivitäten etc.) bei.
- * **Damit für den Kunden die bestmögliche Entscheidung getroffen werden kann, benötigen wir möglichst vollständige Angaben zu Erkrankungen. Bitte geben Sie immer an seit wann die Beschwerden/die Erkrankung besteht und auch ob und seit wann Beschwerdefreiheit vorliegt.**
- * **Hilfreiche Unterlagen:** Laborwerte, Befunde, Krankenhausentlassungsberichte, Auszug aus der ärztlichen Krankenakte, vollständig ausgefüllte Fragebögen.
- * Folgende **Unterlagen benötigen wir nicht:** Krankenkassenauszug (enthält Informationen zur Abrechnung aber nicht zum Gesundheitszustand) ohne ergänzende Angaben des Kunden zu seinen Beschwerden, komplette Angebote inkl. AVB, Beispielrechnungen.
- * Wir beantworten Ihre Risikovorfragen anhand der von Ihnen mitgelieferten Informationen. Sollten im Zuge der Risikoprüfung bei Antragstellung weitere Erkenntnisse gewonnen werden, kann ein verbindliches Angebot vom Vorabvotum abweichen.
- * Besonders weisen wir darauf hin, dass für die Einschätzung von Risikovorfragen keine Anfragen an Dritte (z. B. Arztfragen) gestellt werden können. Bei der späteren Risikoprüfung sind diese Anfragen nicht unüblich. Alleine aus diesem Umstand kann sich ein veränderter Kenntnisstand ergeben.
- * Bitte fügen Sie eine vom Kunden unterschriebene **Einwilligungserklärung** bei oder machen Sie sämtliche Personendaten – außer dem Geburtsdatum – unkenntlich (**vollständige Anonymisierung**). Risikovorfragen mit Personendaten ohne Einwilligungserklärung dürfen wir aufgrund der EU-Datenschutzgrundverordnung nicht mehr annehmen.
- * Die Risikovorfrage und Unterlagen per E-Mail bitte an lv_service@gothaer.de senden.

Risikoanfrage

Rückantwort bitte an:

Vermittlername

Daten des Abschlussvermittlers (GL-Nr.)*

E-Mail *

Angaben der zu versichernden Person

Titel, Vorname, Name

Geburtsdatum*

Größe und Gewicht

Größe in cm

Gewicht in kg

männlich

weiblich

abgeschlossene Ausbildung

derzeitige Tätigkeit (Beruf)

Branche

Beruf wird ausgeübt seit

kaufmännischer Anteil in %

körperlicher Anteil in %

künstlerischer Anteil in %

Angaben zur gewünschten Leistung

Todesfallschutz (Versicherungssumme in Euro)

Endalter

monatliche BU-Rente (in Euro)

Endalter

schwere Krankheiten (Versicherungssumme in Euro)

Endalter

monatliche Grundfähigkeitsrente (in Euro)

Endalter

Jahres-Bruttoeinkommen der letzten drei Jahre (in Euro)

Wie hoch war Ihr jährliches Bruttoarbeitseinkommen (bei Selbstständigen: Gewinn bzw. Jahresüberschuss vor Steuern) während der letzten 3 Jahre?

Jahr 20 : EUR Jahr 20 : EUR Jahr 20 : EUR

Besondere Gefahren der zu versichernden Person

Sind Sie beruflich besonderen Gefahren ausgesetzt, z. B. Umgang mit Sprengstoffen, energiereichen Strahlen, gesundheitsschädlichen Stoffen?

nein ja (bitte erläutern Sie)

Sind Sie besonderen Freizeitrisiken ausgesetzt, z. B. beim Bergsport, Kampfsport, Rennsport, Flugsport, Motorsport, Fallschirmspringen, Tauchen, Extremsport, Bodybuilding?

nein ja (bitte erläutern Sie oder fügen einen entsprechenden Fragebogen bei)

Sind für die zu versichernde Person in den **nächsten 12 Monaten** Aufenthalte außerhalb der EU, Schweiz, Großbritannien, Norwegen, Island, USA, Kanada von mehr als 12 Wochen geplant?

nein ja (bitte erläutern Sie)

Angaben zum Gesundheitszustand	• Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose) Art der Beschwerden, Behandlungen, Operationen und Untersuchungen	Beginn (MM.JJJJ)	Ende (MM.JJJJ)	Dauer
	<hr/>			
	Bei wem? Wo? (auch Krankenanstalten, Sanatorien) Name, Postleitzahl, Ort	Medikamente (Name, Dosis, Dauer der Einnahme)		
	<hr/>			
	Bestehen Folgen der Erkrankung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja. Welche?	
	Erfolgte ein stationärer Aufenthalt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja. Welcher?	
	Ist die Erkrankung wiederholt aufgetreten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

	• Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose) Art der Beschwerden, Behandlungen, Operationen und Untersuchungen	Beginn (MM.JJJJ)	Ende (MM.JJJJ)	Dauer
	<hr/>			
	Bei wem? Wo? (auch Krankenanstalten, Sanatorien) Name, Postleitzahl, Ort	Medikamente (Name, Dosis, Dauer der Einnahme)		
	<hr/>			
	Bestehen Folgen der Erkrankung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja. Welche?	
	Erfolgte ein stationärer Aufenthalt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja. Welcher?	
	Ist die Erkrankung wiederholt aufgetreten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

	• Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose) Art der Beschwerden, Behandlungen, Operationen und Untersuchungen	Beginn (MM.JJJJ)	Ende (MM.JJJJ)	Dauer
	<hr/>			
	Bei wem? Wo? (auch Krankenanstalten, Sanatorien) Name, Postleitzahl, Ort	Medikamente (Name, Dosis, Dauer der Einnahme)		
	<hr/>			
	Bestehen Folgen der Erkrankung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja. Welche?	
	Erfolgte ein stationärer Aufenthalt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja. Welcher?	
	Ist die Erkrankung wiederholt aufgetreten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

	• Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose) Art der Beschwerden, Behandlungen, Operationen und Untersuchungen	Beginn (MM.JJJJ)	Ende (MM.JJJJ)	Dauer
	<hr/>			
	Bei wem? Wo? (auch Krankenanstalten, Sanatorien) Name, Postleitzahl, Ort	Medikamente (Name, Dosis, Dauer der Einnahme)		
	<hr/>			
	Bestehen Folgen der Erkrankung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja. Welche?	
	Erfolgte ein stationärer Aufenthalt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja. Welcher?	
	Ist die Erkrankung wiederholt aufgetreten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Formlose Gesundheitsangaben (bei Bedarf)	<hr/>			
	Arztberichte werden beigefügt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	Laborwerte werden beigefügt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	