

# Risikoanalysebogen: Absicherung des Todesfalles (private Vorsorge)

## 1. Überblick über die bisherige private Vorsorge im Todesfall

Kunde/Interessent: .....

Welche Versicherungen bestehen:

Versicherungsart <sup>1</sup>	Gesellschaft	Versicherungsnummer	Versicherungssumme	VN	VP	Bezugsberechtig ist...	Versicherungsdauer bis	Verwendungszweck <sup>2</sup>	Versicherungsschutz ist während der Laufzeit <sup>3</sup>	Dynamik vereinbart ?	Beitragshöhe

<sup>1</sup> Gemeint sind beispielsweise eine Risiko-Lebensversicherung, Kapital-Lebensversicherung, Fondsgebundene Lebensversicherung, Versicherungsschutz über private Unfallversicherungen, Riester- und Rürup-Renten.

<sup>2</sup> z.B. Absicherung von Lebenspartner, Immobilienfinanzierung etc.

<sup>3</sup> Der Versicherungsschutz kann während der Laufzeit beispielsweise konstant sein, linear oder mit der Restschuld fallen.

**Welchen Zweck verfolgten oder verfolgen Sie mit dem Abschluss einer Versicherung?**

- Absicherung des Lebenspartners  
Alter des abzusichernden Partners \_\_\_\_\_ Jahre
- Absicherung der Kinder  
Alter der abzusichernden Kinder \_\_\_\_\_ Jahre
- Absicherung von Geschäftspartnern  
Alter des abzusichernden Partners \_\_\_\_\_ Jahre
- Hypothekenfinanzierung Absicherung

	Darlehen 1	Darlehen 2	Darlehen 3	Darlehen 4
Zinssatz				
Tilgungssatz				
ursprüngliche Darlehenshöhe				
aktuelle Restschuld				
Beginn des Darlehens				

Ratenkredit absichern

	Darlehen 1	Darlehen 2	Darlehen 3	Darlehen 4
Zinssatz				
Tilgungssatz				
ursprüngliche Darlehenshöhe				
aktuelle Restschuld				
Beginn des Darlehens				

Erbschafts-/Schenkungssteuer sparen

Erwartete Steuer \_\_\_\_\_ €

Abfindung (Pflichtteil, Unterhalt etc.) \_\_\_\_\_ €

Sonstiges

### Fragen zur künftigen Absicherung

Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

Versicherte Person 1 mit Geb.datum, Geschlecht: \_\_\_\_\_

Raucht die versicherte Person 1?  ja  nein

Versicherte Person 2 mit Geb.datum, Geschlecht: \_\_\_\_\_

Raucht die versicherte Person 2?  ja  nein

Wird eine verbundene Lebensversicherung gewünscht?  ja  nein

Größe und Gewicht?: \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

Erlerner Beruf? \_\_\_\_\_

Aktuelle Tätigkeit? \_\_\_\_\_

Büro/körperliche Tätigkeit in % \_\_\_\_\_

Gewünschte Versicherungsbeginn: \_\_\_\_\_

Gewünschte Versicherungssumme \_\_\_\_\_ €

oder gewünschter Versicherungsbeitrag \_\_\_\_\_ €

Gewünschte Zahlweise \_\_\_\_\_

Gewünschte Laufzeit des Vertrages \_\_\_\_\_ Jahre oder bis Alter \_\_\_\_\_

Die Versicherungssumme soll  konstant bleiben  linear fallen

mit der Restschuld fallen  Sonstiges

Soll der Versicherungsschutz ein sogenanntes Optionsrecht<sup>4</sup> beinhalten?  ja  nein

Soll das passive Kriegsrisiko mitversichert werden?  ja  nein

Wünschen Sie eine Dynamisierung des Versicherungsschutzes?  ja  nein

Soll eine Berufsunfähigkeitsversicherung eingeschlossen werden?<sup>5</sup>  ja  nein

Fahren Sie Motorrad?  ja  nein

Risikorelevante Hobby's? (z.B. Drachenfliegen, Klettern, Motorsport....)  ja  nein

Wie sollen die Überschüsse verwendet werden? Beitragsverrechnung/Vs erhöhen/kapitalbildend?

<sup>4</sup> Optionsrecht: Bei Eintritt von bestimmten Ereignissen (z.B. Hausbau oder Kauf, Heirat, Geburt eines Kindes) kann bei einigen Anbietern der Versicherungsschutz ohne Gesundheitsprüfung bis zu einem bestimmten Alter um einen bestimmten Betrag erhöht werden.

<sup>5</sup> Sofern der Wunsch besteht, beachten Sie bitte den Bogen zur langfristigen Arbeitskraftabsicherung.

**Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden:**

a)des Herzens , des Kreislaufs, der Arterien, oder der Venen (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Arterienverkalkung, Herzklappenfehler, Rhythmusstörung, Schlaganfall, Durchblutungsstörung, Thrombose, Krampfadern, Venenleiden)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b)der Atmungsorgane, Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z.B. chronische Bronchitis, Asthma, Atemwegsprobleme, Lungenentzündung, Tuberkulose, Emphysem, Schlafapnoe)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c)der Verdauungsorgane, Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber (z.B. Magengeschwür, erhöhte Leberwerte, Fettleber, Sodbrennen, wiederkehrende Durchfälle/ Verdauungsstörungen, Speiseröhrenvarizen, oder -entzündung)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
d)an Harn und Geschlechtsorganen (z.B. Nieren, Blase, Prostata, Unterleib, Brust, Eierstöcke, Gebärmutter, Zysten)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
e)des Stoffwechsels und Drüsen (z.B. Diabetes, Blutfetterhöhung, Gicht, Harnsäureerhöhung, Cholesterinerhöhung, Triglyceriderhöhung, Funktionsstörung der Schilddrüse)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
f)des Blutes, der Milz (z.B. Anämie, Leukämie, Durchblutungsstörung, Blutgerinnungsstörung, Hämorrhiden)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
g)akute oder chronische Infektionen (z.B. Malaria, Hepatitis, Borreliose, Gürtelrose, Pfeiffersches Drüsenfieber)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
h)des Gehirns, Nervensystems, Rückenmarks (z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Migräne, Bewusstseinsverlust, Parkinson/Alzheimer-Krankheit, Lähmungen, Nerventzündung )?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
i)der Psyche (z.B. Angststörung, Erschöpfungssyndrom und psychosomatische Störung, BurnOutSyndrom, Depression,Essstörung, Suizidversuch, chronische Müdigkeit, Magersucht, Nervenzusammenbruch, Schizophrenie, Hyperaktivität)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
j)der Wirbelsäule, Bandscheibe, des Rückens (z.B. Hexenschuss, Ischias, Bandscheibenvorfall, WS Syndrom, Wirbelsäulenverkrümmung, Rückenschmerzen, Verspannungen)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
k)der Knochen, Gelenke, Bänder, Sehnen (z.B. Gelenkverschleiß, Arthrose, Knochenbrüche, rheumatische Beschwerden, Meniskusschaden, Bänderrisse, Sehnerscheiden, oder Schleimbeutelentzündung, Muskelschwund)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
l)der Haut, Allergien (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, (Kontakt)Ekzem, Schuppenflechte, Lebensmittelallergie)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
m)der Augen (z.B. Sehstörung, Fehlsichtigkeit, mehr als 6 Dioptrien, erhöhter Augendruck, grauer/grüner Star, Netzhautablösung, Laserbehandlung)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
n)der Ohren (z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen, Schwindel)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
o)Wurde bei Ihnen jemals eine HIV Infektion festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
p) Wurde in den letzten 5 Jahren* eine Tumorerkrankung festgestellt ? (Krebs, Tumore, Zysten, Geschwülste)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
q)Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre* Betäubungsmitteloder Drogen ein, oder wurden Sie wegen derFolgen des Konsums von Alkohol, Betäubungsmittel oder Drogen beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
r)Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren* in festen zeitlichen Abständen (z.B. täglich, monatlich oder viertel-jährlich) apothekenpflichtige Arzneimittel zu sich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
s)Bestehen angeborene körperliche oder geistige Beeinträchtigungen, Behinderungen oder Störungen? <input type="checkbox"/> anerkannte Schwerbehinderung <input type="checkbox"/> Erwerbsminderung <input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung <input type="checkbox"/> Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Notizen:**

Frage	Diagnose, Beschwerden, evt. Fogen	Wann, wie oft, wie lange?	Behandlung /Medikation	beschwerdefrei seit?

Die Beantwortung dieser Frage ersetzt nicht die detaillierte Gesundheitserklärung im jeweiligen Antrag.

---



---



---



---



---



---



---



---

Gesprächspartner und weitere Anwesende \_\_\_\_\_

Beratungsort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Kunde \_\_\_\_\_ Unterschrift Vermittler \_\_\_\_\_