

Angebotsanforderung zur Golden BU für eine Schülerin/einen Schüler

Vermittlerdaten: _____

☐ Golden BU*

☐ Golden BU mit Startoption* (10 Jahre verminderter Anfangsbeitrag, ab 11. Jahr Beitragssprung)

*) ab Eintrittsalter 10 möglich

☐ fondsgebundene Golden BU (ab Eintrittsalter 15 möglich)

Versicherte Person:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: _____

besuchte Schulform: _____

Tarifierungsmerkmale:

Versicherungsdauer bis Endalter: _____

monatliche BU-Rentenhöhe _____

(Schüler gymnasiale Oberstufe max. 1.500 Euro monatlich, alle anderen Schulformen max. 1.100 Euro monatlich)

Zusatzbaustein: ☐ AU-Leistung
☐ Pflegepaket
☐ Leistungsdauer lebenslang
☐ Leistungsdynamik wählbar 1 – 3 % in 5er Schritten: _____

Beitragsdynamik: 3 % vom
☐ Vorjahresbeitrag
☐ Anfangsbeitrag

bei FSBU – fondsgebundene Golden BU:

Überschussverwendung: ☐ Fondsansammlung
☐ teilweise Beitragsverrechnung

Fondsauswahl: _____

Fragen zur vereinfachten Risikoprüfung für **Schüler – Gymnasium** – mit normalem BMI:

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Werden alle Fragen mit „Nein“ beantwortet (Ausnahme Frage 7) dann ist die vereinfachte Risikoprüfung mittels Tarifsoftware möglich und Sie erhalten den verkürzten Antrag zur Golden BU.

- | | | |
|--|--|--|
| 1 | Bestehen bereits Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherungen oder sind solche beantragt?
<small>(nicht anzugeben, wenn der bestehende Versicherungsschutz aufgehoben wird. Reine Beitragsbefreiungen für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit müssen nicht angegeben werden)</small> | ☐ ja
☐ nein |
| 2 | Üben Sie eine der folgenden Sportarten aus: Motorsport, Bergsport, Flugsport, Tauchsport, Reitsport, Kampfsport, gefährliche Mannschaftssportarten?
<small>(Bergsport: Nur alpines Klettern ab Schwierigkeitsgrad 7 oder Bergsteigen/Skitouren über 4.000 Meter Höhe; Flugsport: nur Paragliding, Drachenfliegen, Fallschirmspringen; Tauchsport: nur bei Tauchtiefen größer als 40 Meter; Mannschaftssport: nur Eishockey und American Football; Reitsport und Kampfsport: nur bei Teilnahme an Wettbewerben)</small> | ☐ ja
☐ nein |
| 3 | Planen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate einen mehr als sechswöchigen Auslandsaufenthalt außerhalb der EU?
<small>(Geplante Auslandsaufenthalte von minderjährigen Schülern müssen nicht angegeben werden)</small> | ☐ ja
☐ nein |
| 4 | Wurden Sie in den letzten 5 Jahren von einem Arzt oder sonstigen Heilbehandler untersucht oder behandelt? *
<small>(Heilbehandler: Dies sind insbesondere Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten und Osteopathen. Untersucht oder behandelt: Vorsorgeuntersuchungen, Erkältungskrankheiten, Magen-Darm- oder Harnwegsinfekte müssen nicht angegeben werden.)</small> | ☐ ja
☐ nein |
| Die folgenden vier Fragen sind nur zu beantworten, wenn die vorherige Frage 4 nach Behandlungen durch Ärzte oder sonstige Heilbehandler bejaht wurde. | | |
| 4a | Wurden Ihnen in den letzten 6 Monaten Medikamente verschrieben oder verabreicht? *
<small>(Dazu gehören insbesondere Tabletten, Salben und Spritzen. Verhütungsmittel und Impfungen sowie Behandlungen von Erkältungskrankheiten, Magen-Darm- oder Harnwegsinfekte müssen nicht angegeben werden.)</small> | ☐ ja
☐ nein |
| 4b | Waren Sie in den letzten 5 Jahren für mehr als 14 Kalendertage durchgehend aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage, Ihre übliche Tätigkeit (berufliche Tätigkeit, Teilnahme am Schulunterricht, Studium) auszuüben oder sind Sie derzeit dazu nicht in der Lage? * | ☐ ja
☐ nein |
| 4c | Wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen des Genusses von Alkohol oder anderer Suchtmittel beraten oder behandelt? * | ☐ ja
☐ nein |
| 4d | Sind Sie in den letzten 5 Jahren untersucht oder behandelt worden wegen einer Herzerkrankung, Tumorerkrankung, Nierenerkrankung oder Diabetes?* | ☐ ja
☐ nein |
| 5 | Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren psychische Beschwerden oder Erkrankungen?
<small>(Psychische Beschwerden: Dazu gehören z. B. Depression, Burnout-Syndrom, Angststörung, Erschöpfungszustand, Essstörung, Suchterkrankung, Suizidversuch)</small> | ☐ ja
☐ nein |
| 6 | Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär aufgenommen oder ist eine stationäre Behandlung in den nächsten 12 Monaten geplant? (Entbindungen müssen nicht angegeben werden.) | ☐ ja
☐ nein |
| 7 | Hatten Sie in den letzten 6 Monaten Beschwerden des Nervensystems oder des Gehirns, des Bewegungsapparates oder der Sinnesorgane? *
<small>(Nervensystem/Gehirn: z. B. Lähmungen, Gefühlsstörungen; Bewegungsapparat: z. B. Folgen von Knochenbrüchen, Verletzungen, Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen; Sinnesorgane: z. B. Sehstörung, Hörminderung, Fehlsichtigkeit > 8 Dioptrien)</small> | ☐ ja
☐ nein |