

Gesundheitsfragebogen

für eine Berufsunfähigkeitsversicherung für BDC-Mitglieder

Ecclesia Gruppe • Ecclesiastraße 1 – 4 • 32758 Detmold • Telefon +49 5231 603-0 • info@ecclesia.de

Daten zum BDC-Mitglied

Vor- und Zuname	Anschrift	
Kontaktdaten (Telefon, Telefax, E-Mail)	Geburtsdatum	BDC-Mitgliedsnummer

Berufliche Position

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Chefärztin/Chefarzt, ärztl. Direktor/-in
Sektionsleiter/-in | ☐ Niedergelassene/-r Ärztin/Arzt | ☐ Assistenzärztin/-arzt inWB |
| ☐ Oberärztin/Oberarzt | ☐ MVZ-/BAG-Gesellschafter/-in | ☐ Student/-in |
| ☐ Assistenzärztin/-arzt (FA in Klinik) | ☐ Angestellte/-r FA in MVZ/Praxis/BAG | |

Ich wünsche folgende Rentenhöhe im Leistungsfall:

- ☐ 1000 EUR
 ☐ 1.500 EUR
 ☐ 2.000 EUR
 ☐ 2.500 EUR

Gesundheitsfragen

Allgemeine Angaben zur versicherten Person

Haben Sie in den letzten 12 Monaten (auch einmalig) Nikotin- oder Tabakprodukte konsumiert? Dazu gehören z.B. Zigarette, Zigarre, Pfeife, Shisha, E-Zigarette, E-Verdampfer, Nikotinplaster oder -kaugummi

☐ nein
 ☐ ja

Vereinfachte Gesundheitserklärung der VP

Sofern Sie eine der folgenden Fragen mit „ja“ beantworten, kann der Versicherungsschutz nicht wie beantragt gewährt werden. Ergebnisse evtl. durchgeführter Gentests müssen nicht angegeben werden.

1.

Waren Sie in den letzten zwei Jahren länger als 14 Kalendertage durchgehend aus gesundheitlichen Gründen außer Stande, Ihre schulische, studentische oder berufliche Tätigkeit auszuüben, oder üben Sie derzeit Ihre schulische, studentische oder berufliche Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkt aus?

- ☐ nein
 ☐ ja

2.

Besteht oder bestand bei Ihnen in den letzten 10 Jahren ein **Hirntumor**, eine **Krebserkrankung**, **Diabetes**, eine **HIV-Infektion**, **Multiple Sklerose**, **Epilepsie**, **Rheuma**, **Colitis Ulcerosa**, **Morbus Crohn** oder ein **Schlaganfall** oder wurden Sie wegen einer dieser Erkrankungen von Ärzten oder sonstigen Behandlern (z.B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern in Schulen und pädiatrischen Zentren oder Lern-, Ergo-, Sprachtherapeuten) in den letzten 10 Jahren behandelt **oder** besteht derzeit oder wurde bei Ihnen in den letzten 10 Jahren ein **Grad der Behinderung (GdB)**, ein **Grad der Schädigungsfolgen (GdS)**, eine **Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)** oder **Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit** zuerkannt, bez. ein solcher Antrag in den letzten 2 Jahren gestellt?

- ☐ nein
 ☐ ja

3.

Werden Sie derzeit oder wurden Sie in den letzten 3 Jahren untersucht, beraten oder behandelt

- | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| - von einem Kardiologen | ☐ nein | ☐ ja |
| - von einem Psychiater , Psychologen oder Psychotherapeuten oder wegen psychischer Beschwerden von einem Arzt ? | ☐ nein | ☐ ja |
| - von einem Orthopäden ? | ☐ nein | ☐ ja |

Wurden Ihnen in den letzten 3 Jahren

- wegen einer **Erkrankung des Bewegungsapparates** mehr als **12** Behandlungen beim **Therapeuten** (Physiotherapeut, Ergotherapeut, Osteopath, Chiropraktiker) verordnet)?

- ☐ nein
 ☐ ja