



Leben
Produktmanagement

Vertriebsinfo

Hamburg, 24. September 2023

Baloise Berufsunfähigkeitsversicherung **Neue Gesundheitserklärungen mit klaren Formulierungen und kürzeren Abfragezeiträumen**

Zum Start des Jahresendgeschäfts wurden die Gesundheitserklärungen für die Baloise Berufsunfähigkeitsversicherung überarbeitet - mit dem Update zum 24.09.2023. Die Gesundheitsfragen wurden noch eindeutiger und somit kundenfreundlicher formuliert, diese erfüllen dadurch die Kundenbedürfnisse nach Verständlichkeit und Transparenz. Die neuen Gesundheitserklärungen tragen zur weiteren Verbesserung des „Baloise Easy-Going-Service“ bei und steigern die Effizienz der Antragsprozesse, inklusive der 72 Stunden-Express-Policierung.

Das Wichtigste zu den neuen Baloise Gesundheitserklärungen

- Im „Junge Leute Antrag“ (maximales Eintrittsalter 30 Jahre und bis zu 2.000 Euro monatliche BU-Rente) werden Haut- und/oder Atemwegserkrankungen sowie Infektionserkrankungen nicht mehr abgefragt
- Der Abfragezeitraum im „Junge Leute Antrag“ wird für alle ambulanten Erkrankungen von fünf Jahre auf drei Jahre verkürzt - zuvor betrug der Abfragezeitraum für einige Erkrankungen noch fünf Jahre
- Die Abfrage nach Beschwerden ohne klare Diagnose/Behandlung wird generell auf sechs Monate verkürzt
- Neu im „Standardantrag“: Stationäre Aufenthalte werden nur noch für die letzten fünf Jahre abgefragt. Eine weitere Klarstellung für die Dauer des Aufenthalts erfolgt mit der Formulierung „für mindestens eine Nacht“
- Der Abfragezeitraum nach Arbeitsunfähigkeit wird von 12 Monaten auf zwei Jahre verlängert

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg mit den Vorsorgelösungen und dem Easy-Going-Service der Baloise Lebensversicherung AG.

Ihr Produktmanagement Leben

Auszug aus Antrag Baloise Berufsunfähigkeitsversicherung BAL 1544 10.23

(C) Gesundheitserklärung der zu versichernden Person

Wir weisen darauf hin, dass die Auflistung der Beispielerkrankungen/-behandlungen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt! Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich an den Versicherer schriftlich nachzuholen.

1. Wie sind Ihre derzeitigen Körpermaße? Größe in cm Gewicht in kg
2. Wurden Ihnen **in den letzten 12 Monaten** apotheken- und/oder verschreibungspflichtige Medikamente verordnet, verabreicht oder empfohlen? (Erkältungsmittel, die Pille oder Vitaminpräparate müssen nicht genannt werden) ja nein
3. Waren Sie **in den letzten 2 Jahren** mehr als zwei Wochen zusammenhängend aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage Ihrer schulischen, studentischen oder beruflichen Tätigkeit nachzugehen oder sind Sie **aktuell** arbeitsunfähig? ja nein
4. Bitte geben Sie an, ob Sie **in den letzten 3 Jahren** Erkrankungen oder **in den letzten 6 Monaten** Beschwerden haben/hatten und/oder deswegen Beratungen, Behandlungen oder Untersuchungen bei Ärzten, Heilpraktikern oder nichtärztlichen Therapeuten stattfinden/stattgefunden haben oder diese **derzeit geplant** sind. (Vorsorgeuntersuchungen ohne krankhaften Befund, zahnärztliche Behandlungen, akute und ausgeheilte Atemwegs-, Magen-, Darm-, Harnwegsinfekte, folgenlose Impfungen, folgenlose Blinddarmentfernungen, folgenlose Bänderdehnungen/-zerrungen müssen nicht genannt werden)
- a) Erkrankungen des Bewegungsapparates (z.B. Rückenschmerzen, Gelenkprobleme, Unfallfolgen) ja nein
- b) Psychische Erkrankungen, Störungen der Psyche oder Entwicklungsstörungen (z.B. Depressionen, AD(H)S, Burn-out, Essstörungen, berufliche und/oder private Belastungssituationen, Autismus-Spektrum-Störungen) ja nein
- c) Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems (z.B. Myokarditis, Herzfehler, Thrombosen) ja nein
- d) Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Leukämie, nicht sicher gutartige Hautbefunde) ja nein
- e) Neurologische Erkrankungen (z.B. Schwindel, Epilepsie, Migräne) ja nein
- f) Erkrankungen oder Fehlfunktionen des Immunsystems (z.B. Rheuma, Multiple Sklerose, chronisch entzündliche Darmerkrankungen) ja nein
- g) Erkrankungen der Leber (z.B. Lebervergrößerung, Hepatitis) oder der Nieren (z.B. eingeschränkte Nierenfunktion, Zystennieren) ja nein
- h) Beeinträchtigungen der Sinnesorgane (z.B. dauerhafte Hörminderung, Tinnitus, Fehlsichtigkeit von mehr als -8 Dioptrien) ja nein
5. Konsumieren oder konsumierten Sie **in den letzten 5 Jahren** Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel oder wurden Sie wegen der Folgen des Konsums von Alkohol beraten oder behandelt? ja nein
6. Waren Sie **in den letzten 5 Jahren** für mindestens eine Nacht in einem Krankenhaus, einer Rehabilitationsklinik, einer Entzugsklinik oder einer anderen Einrichtung der medizinischen Versorgung oder ist ein Aufenthalt **innerhalb der nächsten 6 Monate** geplant oder angedacht? (Es müssen keine Angaben zu Schwangerschaften und Geburten gemacht werden) ja nein

7. Bitte geben Sie Einzelheiten zu den Fragen an, die Sie mit „ja“ beantwortet haben (z.B. Art der Erkrankung, Behandlungsdauer, behandelnde Ärzte mit Namen und vollständiger Anschrift).

- a) Seit wann besteht völlige Beschwerdefreiheit und folgenlose Ausheilung der angegebenen Erkrankungen, Unfälle oder Operationen?

- b) Welcher Arzt (Name, Anschrift) kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben?