

# Anfrage zum Rahmenvertrag für die Mitglieder des BVA e.V.

## Berufsunfähigkeitsversicherung

Frau      Vor- und Nachname \_\_\_\_\_  
 Herr      Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Firma      Anschrift (Privat) \_\_\_\_\_  
                   Anschrift (Praxis) \_\_\_\_\_

Kontakt      Telefon \_\_\_\_\_      Mobil \_\_\_\_\_  
                   Fax \_\_\_\_\_      E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf: Augenärztin / Augenarzt  
 Personalverantwortung für \_\_\_\_\_ Personen  
 Summen      Anteil der ambulant-konservativen Tätigkeit ..... Anteil Gesamttätigkeit \_\_\_\_\_ %  
                   Anteil der operativen Tätigkeit ..... Anteil Gesamttätigkeit \_\_\_\_\_ %  
 Gewünschte Höhe der Berufsunfähigkeitsrente \_\_\_\_\_ € mtl.  
 Gewünschtes Endalter (EA) der Berufsunfähigkeitsrente \_\_\_\_\_ Jahre      *(Empfehlung: bis EA 67 Jahre)*

1. Waren Sie in den letzten zwei Jahren länger als zwei Wochen durchgehend aus gesundheitlichen Gründen außer Stande, Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben, oder üben Sie derzeit Ihre berufliche Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkt<sup>1)</sup> aus?  nein  ja
2. Wurde bei Ihnen jedemal ein Hirntumor, eine Krebserkrankung, Diabetes, eine HIV-Infektion, Multiple Sklerose, Epilepsie, Rheuma, Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn oder ein Schlaganfall ärztlich festgestellt oder wurde bei Ihnen ein Grad der Behinderung (GdB), ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS), eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit zuerkannt, bzw. ein solcher Antrag in den letzten zwei Jahren gestellt?  nein  ja
3. Sind Sie derzeit oder waren Sie in den letzten drei Jahren in Behandlung
  - bei einem Kardiologen?  nein  ja
  - bei einem Psychiater, Psychologen oder Psychotherapeuten oder wegen psychischer Beschwerden bei einem Arzt?  nein  ja
  - bei einem Orthopäden?  nein  ja

Wurde Ihnen in den letzten drei Jahren

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

Bitte kreuzen Sie jeweils „ja“ an, sofern mindestens eine Erkrankung bzw. Beeinträchtigung oder Behandlung vorliegt, andernfalls „nein“.

1) Eine Einschränkung Ihrer konkreten beruflichen Tätigkeit liegt vor, wenn Sie diese aus gesundheitlichen Gründen nur noch zu weniger als 50 % Ihrer gewöhnlichen Arbeitszeit ausüben können.

Um vorab eine Versicherbarkeit zu prüfen, bitten wir Sie die oben stehenden Fragen nach Möglichkeit zu beantworten. Und bitte geben Sie bei einem „JA“ an, welche Erkrankung wann behandelt wurde und ob diese ausgeheilt ist oder noch besteht.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte per Mail / Fax an:  
[bva@ffsag.de](mailto:bva@ffsag.de)  
 0931-46876-25

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum, Unterschrift / Stempel