

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

HENGSTENBERG & PARTNER GmbH
 Versicherungsmakler
 Sendlinger-Tor-Platz 11 • 80336 München
 Tel.: 089 - 54838-0
 Fax: 089 - 54838-199
 willkommen@hbup.de
 http://www.hbup.de

Persönlicher Ansprechpartner:

1. Zu versichernde Person	
1.1. Vorname, Nachname	<input type="text"/> <input type="text"/>
1.2. Geburtsdatum	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
1.3. Beruf	<input type="text"/>
1.4. Berufsstatus	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/>
2. Bestehen oder bestanden folgende Krankheitserscheinungen?	
2.1. Asthma, Bronchitis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.2. Häufiger Husten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.3. Heuschnupfen, Stockschnupfen, Augenjucken	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.4. Unverträglichkeit gegen bestimmte Nahrungsmittel mit Durchfall und/oder Erbrechen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.5. Milchschorf, Säuglingsekzem	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.6. Ekzem, Hautüberempfindlichkeit gegen bestimmte Substanzen, Nesselsucht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.7. Überempfindlichkeit gegen Insektenstiche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

<p>2.8. Sonstige Überempfindlichkeitsreaktionen</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
<p>3. Detailangaben zu og. Krankheitserscheinungen</p>	
<p>Zu Nr. <input type="text"/></p> <p>Erstmaliges Auftreten:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> <p>Häufigkeit:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> <p>Intensität:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>	<p>Die Beschwerden treten bzw. traten auf bei:</p> <p><input type="checkbox"/> Hausarbeit <input type="checkbox"/> Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Umgang mit Tieren <input type="checkbox"/> körperlichen Anstrengungen <input type="checkbox"/> Genuss bestimmter Nahrungsmittel <input type="checkbox"/> andere Gelegenheiten</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>
<p>Zu Nr. <input type="text"/></p> <p>Erstmaliges Auftreten:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> <p>Häufigkeit:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> <p>Intensität:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>	<p>Die Beschwerden treten bzw. traten auf bei:</p> <p><input type="checkbox"/> Hausarbeit <input type="checkbox"/> Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Umgang mit Tieren <input type="checkbox"/> körperlichen Anstrengungen <input type="checkbox"/> Genuss bestimmter Nahrungsmittel <input type="checkbox"/> andere Gelegenheiten</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>
<p>Zu Nr. <input type="text"/></p> <p>Erstmaliges Auftreten:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> <p>Häufigkeit:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> <p>Intensität:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>	<p>Die Beschwerden treten bzw. traten auf bei:</p> <p><input type="checkbox"/> Hausarbeit <input type="checkbox"/> Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Umgang mit Tieren <input type="checkbox"/> körperlichen Anstrengungen <input type="checkbox"/> Genuss bestimmter Nahrungsmittel <input type="checkbox"/> andere Gelegenheiten</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>
<p>4. Weitere Angaben</p>	
<p>4.1. Bestand oder besteht in Ihrer Familie eine der oben genannten Krankheiten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>4.2. Streben Sie aus obigen medizinischen Gründen einen Arbeitsplatzwechsel an?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>4.3. Ist ein solcher Arbeitsplatzwechsel schon erfolgt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>

4.4. Wurde schon ein Allergietest durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welcher? <input type="text"/>
4.5. Welche Allergien wurden Ihnen vom Arzt genannt?	<input type="text"/>
4.6. Wurde bereits eine Hypo- bzw. Desensibilisierung durchgeführt oder ist eine solche Maßnahme geplant?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und mit welchem Erfolg? <input type="text"/>
4.7. Mit welchen Medikamenten werden Sie derzeit behandelt?	<input type="text"/>
4.8. Welche Ärzte haben Sie wegen einer allergischen Erkrankung aufgesucht?	<input type="text"/>
4.9. Waren Krankenhausaufenthalte nötig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und wie lange? <input type="text"/>
4.10. Wurden Kuren durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann? <input type="text"/>
4.11. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , aus welchem Grund (gfls. Grad der Behinderung angeben) <input type="text"/>
4.12. Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange? <input type="text"/>
5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen	<input type="text"/>

Einverständniserklärung zur Datenweitergabe

Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.

Datum, Unterschrift

Interne Notizen

Mitarbeiter:
Datum :
Uhrzeit: von bis

telefonische Erfassung schriftliche Kundenangaben
 persönliche Besprechung
 im Maklerbüro beim Kunden