

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:**

<b>1. Zu versichernde Person</b>	
1.1. Vorname, Nachname	<input type="text"/>
1.2. Geburtsdatum	<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"/>
<b>2. Fragen zur Erkrankung</b>	
2.1. Seit wann leiden Sie an Asthma?	<input type="text"/>
2.2. Wie oft treten Asthma-Anfälle auf?	<input type="text"/>
2.3. Bei welchen Gelegenheiten?	<input type="text"/>
2.4. Wie lange dauern sie an?	<input type="text"/>
2.5. Sind Sie bei diesen Anfällen bettlägerig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.6. Sind wegen der Krankheit Krankenhausaufenthalte erfolgt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wann und wie lange? <input type="text"/>
2.7. Wurden Operationen bzgl. der Krankheit durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wann, wo und mit welchem Ergebnis? <input type="text"/>

<b>3. Allgemeine Fragen</b>	Bezogen auf die in diesem Fragebogen thematisierten Erkrankungen/Einschränkungen/Unfälle/Missbildungen
3.1. Nehmen Sie aktuell Medikamente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , welche? <input type="text"/>
3.2. Leiden Sie auch an Herzbeschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , worin bestehen diese? <input type="text"/>
3.3. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?	Name, Anschrift <input type="text"/>
3.4. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?	<input type="text"/>
3.5. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , aus welchem Grund?(ggf. Grad der Behinderung angeben) <input type="text"/>
3.6. Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange? <input type="text"/>
<b>4. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</b>	<input type="text"/>
<b>Einverständniserklärung zur Datenweitergabe</b>	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
<b>Interne Notizen</b>	

Mitarbeiter:   
Datum :   
Uhrzeit: von  bis

- telefonische Erfassung  schriftliche Kundenangaben
- persönliche Besprechung
- im Maklerbüro  beim Kunden
-