

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"/>
1.3. Welche Berufsausbildung haben Sie absolviert?	<input type="text"/>
2. Angaben zum Beruf	
2.1. Anstellungsverhältnis	<input type="checkbox"/> festangestellt seit <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Zeitangestellter von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> freiberuflich tätig
2.2. Für welche Firma/Firmen sind Sie tätig?	<input type="text"/>
2.3. Beschreibung Ihrer beruflichen Tätigkeit	<input type="text"/>
2.4. Schwerpunkte Ihrer Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Spielfilme <input type="checkbox"/> Unterhaltungsfilme <input type="checkbox"/> Werbefilme <input type="checkbox"/> Dokumentarfilme <input type="checkbox"/> Berichterstattungen <input type="checkbox"/> Fernsehsendungen
2.5. In welchen Gebieten (geographisch) sind Sie bisher Ihrer beruflichen Tätigkeit nachgegangen?	<input type="text"/>
2.6. Welche Gebiete (geographisch) sind für die Zukunft geplant?	<input type="text"/>

2.7. Wo werden Sie sich in dem/den genannten Land/Ländern hauptsächlich aufhalten?	<input type="checkbox"/> in Großstädten oder Orten mit besonders günstigen Lebensbedingungen <input type="checkbox"/> in anderen Orten mit guten, geordneten, aber den Verhältnissen des Landes entsprechenden Bedingungen <input type="checkbox"/> in anderen Orten, deren Lebens- und Arbeitsbedingungen als erschwert einzustufen sind
--	---

2.8. Berichten Sie über die Brennpunkte des Weltgeschehens?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte nähere Angaben <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
---	---

3. Allgemein

3.1. Haben Sie bisher Verletzungen oder Unfälle bei der Ausübung Ihres Berufes erlitten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , geben Sie bitte Art, Zeitpunkt, Behandlung, Dauer und Folgen des Unfalls, sowie den Unfallhergang an <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
--	---

3.2. Welche Bruttoeinkünfte haben Sie in den letzten 3 Jahren erzielt?	20 <input type="text"/> : <input type="text"/> Euro 20 <input type="text"/> : <input type="text"/> Euro 20 <input type="text"/> : <input type="text"/> Euro
--	---

3.3. Bestehen weitere Berufsunfähigkeitsanwartschaften?	<input type="checkbox"/> Sozialvers.: <input type="text"/> Euro pro Jahr <input type="checkbox"/> Betriebl. BU: <input type="text"/> Euro pro Jahr <input type="checkbox"/> Private BU: <input type="text"/> Euro pro Jahr <input type="checkbox"/> andere: <input type="text"/> Euro pro Jahr
---	---

4. Sonstige Hinweise und Erläuterungen

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: <input type="text"/> Datum : <input type="text"/> Uhrzeit: Von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben <input type="checkbox"/> persönliche Besprechung <input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
---	---



Rev002 vom 21.10.2009

