

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"/>
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"/>
2. Fragen zur Erkrankung	
2.1. Seit wann leiden Sie an Epilepsie?	<input type="text"/>
2.2. Wie oft treten die Anfälle auf?	<input type="text"/>
2.3. Wann treten sie auf (bei Tag, bei Nacht, nach Aufregung, nach Alkoholgenuss)?	<input type="text"/>
2.4. Wie lange dauern sie an?	<input type="text"/>
2.5. Wann hatten Sie den letzten Anfall?	<input type="text"/>
2.6. Wie lange dauert die Bewusstlosigkeit bei den Anfällen?	<input type="checkbox"/> Nur rasch vorübergehender Schwindel mit leichter Ohnmacht <input type="text"/>
2.7. Haben Sie sich im Anfall schon eine Verletzung zugezogen (Zungenbisse oder andere Verletzungen)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

<p>2.8. Sind wegen der Krankheit Krankenhausaufenthalte erfolgt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und wie lange? <input type="text"/></p>
<p>3. Allgemeine Fragen</p>	<p>Bezogen auf die in diesem Fragebogen thematisierten Erkrankungen/Einschränkungen/Unfälle/Missbildungen</p>
<p>3.1. Besitzen Sie einen Führerschein?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>3.2. Führen Sie ein Kraftfahrzeug?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>3.3. Nehmen Sie aktuell Medikamente?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche? <input type="text"/></p>
<p>3.4. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?</p>	<p>Name, Anschrift <input type="text"/></p>
<p>3.5. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?</p>	<p><input type="text"/></p>
<p>3.6. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, aus welchem Grund? (gfls. Grad der Behinderung angeben) <input type="text"/></p>
<p>3.7. Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange? <input type="text"/></p>
<p>4. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</p>	<p><input type="text"/></p>

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