

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. Wie lautet die genaue medizinische Diagnose? | <input type="text"/> |
| 2.2. Welche Beschwerden haben Sie im Detail? | <input type="text"/> |
| 2.3. Tritt das Leiden mit oder ohne Aura (z.B. Sehstörungen, Lähmungserscheinungen, Taubheitsgefühl, o.ä.) auf? | <input type="text"/> |
| 2.4. Nähere Angaben hinsichtlich Häufigkeit und Zeitpunkt der Erscheinungen. | <input type="text"/> |
| 3. Fragen zum Krankheitsverlauf | |
| 3.1. Wann traten die Beschwerden erstmals auf? | <input type="text"/> |

| | |
|--|--|
| 3.2. In welchen Abständen? | |
| 3.3. War eine Krankenhausbehandlung erforderlich? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und wo? _____ |
| 3.4. War eine Sanatoriumskur erforderlich? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und wo? _____ |
| 3.5. Wie wurde das Leiden behandelt? Welche Medikamente, welche Dosierung? | _____ |
| 3.6. Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch? Bitte auch Dosierung angeben. | _____ |
| 3.7. Wurden Sie aus der Behandlung geheilt entlassen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 3.8. Sind Sie jetzt vollkommen gesund? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn nein , welche Beschwerden bestehen noch? _____ |
| 4. Allgemeine Fragen | Bezogen auf die in diesem Fragebogen thematisierten Erkrankungen/Einschränkungen/Unfälle/Missbildungen |
| 4.1. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell? | Name, Anschrift _____ |
| 4.2. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum? | _____ |
| 4.3. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , aus welchem Grund? (gfls. Grad der Behinderung angeben) _____ |

| | |
|--|--|
| <p>4.4. 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?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> |
| <p>5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</p> | <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> |
| <p>Einverständniserklärung zur Datenweitergabe</p> | <p>Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.</p> <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift</p> |
| <p>Interne Notizen</p> | |
| <p>Mitarbeiter: <input style="width: 250px;" type="text"/> Datum : <input style="width: 250px;" type="text"/> Uhrzeit: von <input style="width: 100px;" type="text"/> bis <input style="width: 100px;" type="text"/></p> | <p><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 style="width: 200px;" type="text"/></p> |
| <p>Rev002 vom 29.07.2010</p> | |