

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"/> <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. Wo bestehen die Krampfadern?	<input type="checkbox"/> beide Beine <input type="checkbox"/> rechtes Bein <input type="checkbox"/> linkes Bein
2.2. Wann und von welchem Arzt (Name und Anschrift) wurde die Erkrankung festgestellt?	<input type="text"/>
2.3. Ist ein Geschwür (offenes Bein) aufgetreten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wann? <input type="text"/>
2.4. Litten Sie an Venenentzündungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wann? <input type="text"/>
2.5. Sind Thrombosen oder Embolien aufgetreten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wann und an welchem Bein? <input type="text"/>
2.6. Wurde eine Operation durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wann und an welchem Bein? <input type="text"/>

2.7. Wurde eine Verödung vorgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wann und an welchem Bein? <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
2.8. Wann und bei welchem Arzt waren Sie zuletzt in Behandlung?	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
2.9. Welche Behandlungen werden aktuell durchgeführt?	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
2.10. Welche Behandlungen sind zu erwarten bzw. vorgesehen?	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
2.11. Ist ein operativer Eingriff vorgesehen (Verödung, Venenoperation)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wann und an welchem Bein? <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
2.12. Welche Medikamente sind erforderlich (Name und Menge pro Tag)?	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
<b>3. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</b>	<input style="width: 100%; height: 60px;" 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: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Datum : <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Uhrzeit: von <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> bis <input style="width: 100px; height: 20px;" 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 style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Rev002 vom 21.10.2009	