

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. Wie wurde die Nerven- bzw. Gemütskrankung ärztlicherseits bezeichnet?	<input type="text"/>
2.2. Wodurch wurde das Leiden verursacht?	<input type="text"/>
2.3. Wie äußerte es sich (z.B. Kopfschmerzen, Zittern, Schwindel, Ohnmacht, Lähmungen, Erregbarkeit, Krämpfe, Depressionen)?	<input type="text"/>
2.4. Nähere Angaben hinsichtlich Art, Häufigkeit und Zeitpunkt der Erscheinungen.	<input type="text"/>
<b>3. Fragen zum Krankheitsverlauf</b>	

<p>3.1. War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja          Wenn <b>ja</b>, wann und wo?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3.2. War eine Sanatoriumskur erforderlich?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja          Wenn <b>ja</b>, wann und wo?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3.3. Wurden Blutuntersuchungen vorgenommen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja          Wenn <b>ja</b>, wann zuletzt und mit welchem Ergebnis</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3.4. Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3.5. Wurden Sie aus der Behandlung geheilt entlassen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>3.6. Sind Sie jetzt vollkommen gesund?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja          Wenn <b>nein</b>, welche Beschwerden bestehen noch?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p><b>4. Allgemeine Fragen</b></p>	<p>Bezogen auf die in diesem Fragebogen thematisierten Erkrankungen/Einschränkungen/Unfälle/Missbildungen</p>
<p>4.1. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?</p>	<p>Name, Anschrift</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>4.2. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>4.3. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja          Wenn <b>ja</b>, aus welchem Grund? (gfls. Grad der Behinderung angeben)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>4.4. Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja          Wenn <b>ja</b>, wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>



<p><b>5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</b></p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>
<p><b>Einverständniserklärung zur Datenweitergabe</b></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><b>Interne Notizen</b></p>	
<p>Mitarbeiter: <input type="text"/></p> <p>Datum : <input type="text"/></p> <p>Uhrzeit: von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> telefonische Erfassung    <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben</p> <p><input type="checkbox"/> persönliche Besprechung</p> <p>      <input type="checkbox"/> im Maklerbüro    <input type="checkbox"/> beim Kunden</p> <p>      <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>
<p>Rev002 vom 21.10.2009</p>	