

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. 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. Unter welchen Beschwerden / Symptomen litten bzw. leiden Sie?	<input type="text"/>
2.2. In welchem Zeitraum?	<input type="text"/>
2.3. Wie lautet die genaue ärztliche Bezeichnung Ihrer Erkrankung? (z.B. reaktive Depression, etc.)	<input type="text"/>
2.4. Wann trat die Erkrankung erstmals auf?	<input type="text"/>
2.5. Welche Ursachen können Sie für Ihre Beschwerden nennen (z.B. berufliche oder innerfamiliäre Probleme, starken Stress, Konfliktsituationen, o.ä.)?	<input type="text"/>
2.6. Sind diese Ursachen inzwischen behoben oder besteht Aussicht auf Besserung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte nähere Angaben <input type="text"/>

2.7. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , seit wann? <input type="text"/>
2.8. Sind Rückfälle aufgetreten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann? <input type="text"/>
2.9. Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte nähere Angaben <input type="text"/>
2.10. Handelt es sich um ein chronisches, immer wiederkehrendes Leiden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und wie oft traten bisher Schübe auf und wie lange dauerten die Beschwerden im Allgemeinen? <input type="text"/>
2.11. Werden / wurden Sie mit Medikamenten behandelt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , von wann bis wann, mit welchen Präparaten und Dosierung? <input type="text"/>
2.12. Befinden Sie sich in regelmäßiger ärztlicher Behandlung bzw. Kontrolle?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte Anschrift des Behandlers und Datum der letzten Behandlung / Kontrolle <input type="text"/>
2.13. Befanden Sie sich wegen dieser Erkrankung jemals in stationärer Heilbehandlung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte nähere Angaben <input type="text"/>
2.14. Nehmen Sie Alkohol zu sich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , was und wieviel pro Woche? <input type="text"/>

<p>2.15. Waren Sie wegen der genannten Erkrankung(en) bzw. Beschwerden in den letzten 5 Jahren länger als 2 Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Zeiträume angeben</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.16. Ist Ihnen in Verbindung mit Ihrer Erkrankung ein Berufs- bzw. Tätigkeitswechsel angeraten worden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welcher Berufs / Tätigkeitsbereich?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3. 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: 100%;" type="text"/> Datum : <input style="width: 100%;" type="text"/> Uhrzeit: von <input style="width: 150px;" type="text"/> bis <input style="width: 150px;" 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: 150px;" type="text"/></p>
<p>Rev002 vom 21.10.2009</p>	