

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. Von wann bis wann litten Sie an einer Rippenfellentzündung?	<input type="text"/>
2.2. Welcher Art war die Rippenfellentzündung (z.B. eitrig, feucht, trocken)?	<input type="text"/>
2.3. War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und wo? <input type="text"/>
2.4. War eine Sanatoriumskur erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und wo? <input type="text"/>

2.5. Wurden Sie operiert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und wo? <input type="text"/>
2.6. Ist eine Operation vorgesehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.7. Wurden Rippen entfernt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wie viele? <input type="text"/>
2.8. Haben Sie seit der Rippenfellentzündung an einer Erkrankung der Atmungsorgane gelitten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , an welcher und wann? <input type="text"/>
2.9. Wurden Sie aus der Behandlung geheilt entlassen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.10. Sind Sie jetzt vollkommen gesund?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn nein , welche Beschwerden bestehen noch? <input type="text"/>
2.11. Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?	<input type="text"/>
2.12. Stehen Sie noch unter ärztlicher Beobachtung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bei welchem Arzt? <input type="text"/>
3. Allgemeine Fragen	Bezogen auf die in diesem Fragebogen thematisierten Erkrankungen/Einschränkungen/Unfälle/Missbildungen
3.1. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?	Name, Anschrift <input type="text"/>
3.2. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?	<input type="text"/>
3.3. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , aus welchem Grund? (gfls. Grad der Behinderung angeben) <input type="text"/>

3.4. Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?

nein ja

Wenn **ja**, wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange?

4. Sonstige Hinweise und Erläuterungen

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