

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"/>
1.5. Größe	<input type="text"/> cm
1.6. Gewicht	<input type="text"/> kg
1.7. Rauchen Sie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wie viel? <input type="text"/>
<b>2. Fragen zur Erkrankung</b>	
2.1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?	<input type="text"/>
2.2. Welche Beschwerden / Symptome bestanden bzw. bestehen?	<input type="text"/>
2.3. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten? Wann zuletzt?	<input type="text"/>
<b>3. Fragen zur Behandlung</b>	

3.1. Von wann bis wann und wie oft wurde behandelt?	
3.2. Wie wurde / wird behandelt? (bei Medikamenten bitte Namen und Dosierung angeben)	
3.3. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?	
3.4. Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?	
<b>4. Allgemeine Fragen</b>	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 <b>ja</b> , aus welchem Grund (gfls. Grad der Behinderung angeben) _____
4.4. Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange? _____
4.5. Sind Sie aktuell behandlungs- und beschwerdefrei?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>nein</b> , welche Beschwerden / Behandlungen bestehen aktuell? _____
<b>5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</b>	

**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
  -