

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. Wann erlitten Sie die Verletzung bzw. den Unfall?	<input type="text"/>
2.2. Was war Ursache der Verletzung?	<input type="text"/>
2.3. Welche Körperteile/Organe wurden betroffen?	<input type="text"/>
2.4. Wie bezeichnete der behandelnde Arzt die Verletzung (genaue Diagnose)?	<input type="text"/>
2.5. Welche Diagnoseverfahren wurden durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Computertomographie (CT) <input type="checkbox"/> Kernspintomographie (MRT) <input type="checkbox"/> Sonstige Zeitpunkt, Ort und Befund: <input type="text"/>

<p>2.6. Wie wurde die Verletzung behandelt (Operation, Medikamente, Verband/Schiene/ Gips, Krankengymnastik, Reha/Kur, sonstige)?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
<p>2.7. Waren Sie wegen der Verletzung bzw. des Unfalls arbeitsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wie lange?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
<p>2.8. Sind Sie völlig geheilt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, seit wann?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div> <p>Wenn nein, welche Beschwerden bestehen noch?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
<p>2.9. Sind Dauerfolgen der Verletzung zurückgeblieben (z. B. auch Arbeitsunfähigkeit)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
<p>2.10. Ist eine Operation vorgesehen (z.B. Entfernung von Knochennägeln, Platten)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
<p>3. Allgemeine Fragen</p>	<p>Bezogen auf die in diesem Fragebogen thematisierten Erkrankungen/Einschränkungen/Unfälle/Missbildungen</p>
<p>3.1. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?</p>	<p>Name, Anschrift</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
<p>3.2. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>
<p>3.3. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, aus welchem Grund? (gfls. Grad der Behinderung angeben)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>
<p>3.4. Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>

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