

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

HT-MAKLER GmbH & Co. KG

Neumarkt 4 • 09661 Hainichen

Tel.: 037207 / 3670

Fax: 037207 / 6982

mail@ht-makler.de

https://ht-makler.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"/>
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 ja , wie viel? <input type="text"/>
2. Fragen zur Erkrankung	
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"/>
3. Fragen zur Behandlung	

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?	
4. Allgemeine Fragen	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 ja , 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 ja , wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange? _____
4.5. Sind Sie aktuell behandlungs- und beschwerdefrei?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn nein , welche Beschwerden / Behandlungen bestehen aktuell? _____
5. 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
-