

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

profunda Versicherungsmakler & Finanzberatung GmbH

Berliner Str. 33 • 16540 Hohen Neuendorf

Tel.: 03303 / 2973910

Fax: 03303/ 2973911

info@profunda-vm.de

http://www.profunda-vm.de

Persönlicher Ansprechpartner:

1. Zu versichernde Person	
1.1. Vorname, Nachname	<input type="text"/> <input type="text"/>
1.2. Geburtsdatum	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <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. Bestehen oder bestanden folgende Krankheitserscheinungen?	
2.1. Asthma, Bronchitis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.2. Häufiger Husten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.3. Heuschnupfen, Stockschnupfen, Augenjucken	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.4. Unverträglichkeit gegen bestimmte Nahrungsmittel mit Durchfall und/oder Erbrechen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.5. Milchschorf, Säuglingsekzem	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.6. Ekzem, Hautüberempfindlichkeit gegen bestimmte Substanzen, Nesselsucht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.7. Überempfindlichkeit gegen Insektenstiche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

<p>2.8. Sonstige Überempfindlichkeitsreaktionen</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
<p>3. Detailangaben zu og. Krankheitserscheinungen</p>	
<p>Zu Nr. <input type="text"/></p> <p>Erstmaliges Auftreten:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> <p>Häufigkeit:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> <p>Intensität:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>	<p>Die Beschwerden treten bzw. traten auf bei:</p> <p><input type="checkbox"/> Hausarbeit <input type="checkbox"/> Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Umgang mit Tieren <input type="checkbox"/> körperlichen Anstrengungen <input type="checkbox"/> Genuss bestimmter Nahrungsmittel <input type="checkbox"/> andere Gelegenheiten</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>
<p>Zu Nr. <input type="text"/></p> <p>Erstmaliges Auftreten:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> <p>Häufigkeit:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> <p>Intensität:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>	<p>Die Beschwerden treten bzw. traten auf bei:</p> <p><input type="checkbox"/> Hausarbeit <input type="checkbox"/> Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Umgang mit Tieren <input type="checkbox"/> körperlichen Anstrengungen <input type="checkbox"/> Genuss bestimmter Nahrungsmittel <input type="checkbox"/> andere Gelegenheiten</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>
<p>Zu Nr. <input type="text"/></p> <p>Erstmaliges Auftreten:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> <p>Häufigkeit:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> <p>Intensität:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>	<p>Die Beschwerden treten bzw. traten auf bei:</p> <p><input type="checkbox"/> Hausarbeit <input type="checkbox"/> Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Umgang mit Tieren <input type="checkbox"/> körperlichen Anstrengungen <input type="checkbox"/> Genuss bestimmter Nahrungsmittel <input type="checkbox"/> andere Gelegenheiten</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div>
<p>4. Weitere Angaben</p>	
<p>4.1. Bestand oder besteht in Ihrer Familie eine der oben genannten Krankheiten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>4.2. Streben Sie aus obigen medizinischen Gründen einen Arbeitsplatzwechsel an?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>4.3. Ist ein solcher Arbeitsplatzwechsel schon erfolgt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>

<p>4.4. Wurde schon ein Allergietest durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welcher?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>
<p>4.5. Welche Allergien wurden Ihnen vom Arzt genannt?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
<p>4.6. Wurde bereits eine Hypo- bzw. Desensibilisierung durchgeführt oder ist eine solche Maßnahme geplant?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und mit welchem Erfolg?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>4.7. Mit welchen Medikamenten werden Sie derzeit behandelt?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
<p>4.8. Welche Ärzte haben Sie wegen einer allergischen Erkrankung aufgesucht?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>4.9. Waren Krankenhausaufenthalte nötig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und wie lange?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>4.10. Wurden Kuren durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
<p>4.11. 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: 40px; width: 100%;"></div>
<p>4.12. 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: 50px; width: 100%;"></div>
<p>5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 70px; width: 100%;"></div>

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

Rev002 vom 21.10.2009