

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"/> |
| 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? (z.B. Herzrasen, Atemnot, Herzschmerzen, Schwindel oder Gefühlsstörungen in Armen oder Beinen) | <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. Ergebnis und Zeitpunkt der letzten Blutdruckmessung ohne Medikamenteneinnahme? | |
| 3.4. Ergebnis und Zeitpunkt der letzten Blutdruckmessung mit Medikamenteneinnahme? | |
| 3.5. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich? | |
| 3.6. 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? _____ _____ |
| 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

Rev001 vom 12.04.2010