

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:**

<b>1. Zu versichernde Person</b>	
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"/>
<b>2. Fragen zur Erkrankung</b>	
2.1. Seit wann leiden Sie an Asthma?	<input type="text"/>
2.2. Wie oft treten Asthma-Anfälle auf?	<input type="text"/>
2.3. Bei welchen Gelegenheiten?	<input type="text"/>
2.4. Wie lange dauern sie an?	<input type="text"/>
2.5. Sind Sie bei diesen Anfällen bettlägerig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.6. Sind wegen der Krankheit Krankenhausaufenthalte erfolgt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und wie lange? <input type="text"/>
2.7. Wurden Operationen bzgl. der Krankheit durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann, wo und mit welchem Ergebnis? <input type="text"/>

<p><b>3. Allgemeine Fragen</b></p>	<p>Bezogen auf die in diesem Fragebogen thematisierten Erkrankungen/Einschränkungen/Unfälle/Missbildungen</p>
<p>3.1. Nehmen Sie aktuell Medikamente?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, welche? <input type="text"/></p>
<p>3.2. Leiden Sie auch an Herzbeschwerden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, worin bestehen diese? <input type="text"/></p>
<p>3.3. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?</p>	<p>Name, Anschrift <input type="text"/></p>
<p>3.4. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?</p>	<p><input type="text"/></p>
<p>3.5. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, aus welchem Grund?(ggf. Grad der Behinderung angeben) <input type="text"/></p>
<p>3.6. Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange? <input type="text"/></p>
<p><b>4. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</b></p>	<p><input type="text"/></p>
<p><b>Einverständniserklärung zur Datenweitergabe</b></p>	<p>Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.</p> <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift</p>
<p>Interne Notizen</p>	<p></p>

■ / Fragebogen Asthma / Seite 3/3

Mitarbeiter:   
Datum :   
Uhrzeit: von  bis

- telefonische Erfassung  schriftliche Kundenangaben  
 persönliche Besprechung  
 im Maklerbüro  beim Kunden

Rev002 vom 21.10.2009