

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"/>
2. Fragen zur Erkrankung	
2.1. Wie wurde die Unterleibserkrankung ärztlicherseits bezeichnet?	<input type="text"/>
2.2. Welche Beschwerden haben oder hatten Sie (z.B. Schmerzen, Blutungen, Ausfluss)?	<input type="text"/>
2.3. Von wann bis wann waren Sie deswegen in ärztlicher Behandlung?	<input type="text"/>
3. Fragen zum Krankheitsverlauf	
3.1. War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und wo? <input type="text"/>

<p>3.2. Wurden Sie operiert?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3.3. Wurden bei der Operation Unterleibsorgane entfernt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3.4. Ist eine Operation vorgesehen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>3.5. Wurden Röntgen- oder Radiumbestrahlungen durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<p>3.6. Wurden Sie aus der Behandlung geheilt entlassen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>3.7. Müssen Sie sich wegen der durchgemachten Erkrankungen von Zeit zu Zeit einer Kontrolluntersuchung unterziehen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>3.8. Sind Sie jetzt vollkommen gesund?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn nein, welche Beschwerden bestehen noch?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3.9. Ist Ihre Monatsblutung regelmäßig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>3.10. Seit wann hatten Sie keine Monatsblutungen mehr?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<p>4. Allgemeine Fragen</p>	<p>Bezogen auf die in diesem Fragebogen thematisierten Erkrankungen/Einschränkungen/Unfälle/Missbildungen</p>
<p>4.1. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?</p>	<p>Name, Anschrift</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>4.2. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>4.3. 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; width: 100%;"></div>

<p>4.4. 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; width: 100%;"></div>
<p>5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>Einverständniserklärung zur Datenweitergabe</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>Mitarbeiter: <input type="text"/></p> <p>Datum : <input type="text"/></p> <p>Uhrzeit: von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben</p> <p><input type="checkbox"/> persönliche Besprechung</p> <p><input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>
<p>Rev002 vom 21.10.2009</p>	