

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"/> <input type="text"/>
2. Fragen zur Erkrankung	
2.1. Seit wann besteht der Kropf?	<input type="text"/>
2.2. Wie groß ist Ihr Halsumfang (über dem höchsten Punkt des Kropfes gemessen)?	<input type="text"/> cm
2.3. Haben Sie durch den Kropf Beschwerden (z.B. Atemnot, Heiserkeit, Angstzustände)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche? <input type="text"/>
2.4. Sind bei Ihnen Symptome der Basedowschen Krankheit festgestellt worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche? <input type="text"/>
2.5. Leiden Sie an Pulsbeschleunigung oder Herzklopfen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.6. Ist die Kropfgeschwulst in den letzten Jahren gewachsen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

3. Fragen zum Behandlungsverlauf	<input type="checkbox"/> es hat keine Behandlung stattgefunden
3.1. Auf welche Art wurde der Kropf behandelt?	<input type="text"/>
3.2. War die Behandlung erfolgreich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.3. Wurde bei Ihnen ein Grundumsatztest, ein Radio-Jod-Test oder eine Jod-Bestimmung im Blut durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann, von welchem Arzt und mit welchem Befund? <input type="text"/>
3.4. Wurden Sie operiert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und wo? <input type="text"/>
3.5. Wurde eine Bestrahlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche? <input type="text"/>
3.6. Ist eine Operation vorgesehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.7. Werden oder wurden Medikamente eingenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche Dosierung und über welchen Zeitraum? <input type="text"/>
3.8. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?	Name, Anschrift <input type="text"/>
3.9. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , aus welchem Grund (gfls. Grad der Behinderung angeben) <input type="text"/>

3.10. Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?

nein ja

Wenn **ja**, wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange?

4. 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