

Beratung durch:

Stöver, Hermann & Partner GmbH
 Hollerallee 25 • 28209 Bremen
 Tel.: 0421 / 3 48 55-0 • Fax: 0421 / 3 49 11 44
 info@shp-bremen.de
 http://www.shp-bremen.de/

Versicherungsnehmer:

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
2.8. Sonstige Überempfindlichkeitsreaktionen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche? <input type="text"/>

3. Detailangaben zu og. Krankheitserscheinungen	
<p>Zu Nr. <input type="text"/></p> <p>Erstmaliges Auftreten:</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <p>Häufigkeit:</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <p>Intensität:</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<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> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<p>Zu Nr. <input type="text"/></p> <p>Erstmaliges Auftreten:</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <p>Häufigkeit:</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <p>Intensität:</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<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> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<p>Zu Nr. <input type="text"/></p> <p>Erstmaliges Auftreten:</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <p>Häufigkeit:</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <p>Intensität:</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<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> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
4. Weitere Angaben	
<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</p> <p>Wenn ja, welcher?</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<p>4.5. Welche Allergien wurden Ihnen vom Arzt genannt?</p>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

<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: 60px; width: 100%;"></div>
<p>4.8. Welche Ärzte haben Sie wegen einer allergischen Erkrankung aufgesucht?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 70px; 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: 50px; 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: 40px; width: 100%;"></div>
<p>5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 80px; 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