

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"/>
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. 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"/>

3. Allgemeine Fragen	
3.1. Nehmen Sie aktuell Medikamente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche? <input type="text"/>
3.2. Leiden Sie auch an Herzbeschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , worin bestehen diese? <input type="text"/>
3.3. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?	Name, Anschrift <input type="text"/>
3.4. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?	<input type="text"/>
3.5. 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"/>
3.6. 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? <input type="text"/>
4. Sonstige Hinweise und Erläuterungen	<input type="text"/>
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	

 / Zusatzfragebogen Asthma / Seite 3/3

Mitarbeiter:

Datum :

Uhrzeit: Von

bis

telefonische Erfassung schriftliche Kundenangaben

persönliche Besprechung

im Maklerbüro beim Kunden

Rev002 vom 21.10.2009