

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Der Fairsicherungsladen GmbH

Karlstr. 68 • 76137 Karlsruhe

Tel.: 0721/35 83 69

Fax: 0721/35 83 76

anfrage@fair-ka.de

<http://www.derfairsicherungsladen.de>

**Persönlicher Ansprechpartner:**

|  |  |
|--|--|
| <b>1. Zu versichernde Person</b>   |  |
| 1.1. Vorname, Nachname   | <input type="text"/><br><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<br><input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst<br><input type="checkbox"/> andere<br><input type="text"/> |
| <b>2. Bestehen oder bestanden folgende Krankheitserscheinungen?</b>                    |  |
| 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  |

|   |   |
|---|---|
| <p>2.8. Sonstige Überempfindlichkeitsreaktionen</p>   | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br/>Wenn ja, welche?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>  |
| <p><b>3. Detailangaben zu og. Krankheitserscheinungen</b></p>   |   |
| <p>Zu Nr. <input type="text"/></p> <p>Erstmaliges Auftreten:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> <p>Häufigkeit:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> <p>Intensität:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> | <p>Die Beschwerden treten bzw. traten auf bei:</p> <p><input type="checkbox"/> Hausarbeit <input type="checkbox"/> Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Umgang mit Tieren<br/> <input type="checkbox"/> körperlichen Anstrengungen <input type="checkbox"/> Genuss bestimmter Nahrungsmittel <input type="checkbox"/> andere Gelegenheiten</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> |
| <p>Zu Nr. <input type="text"/></p> <p>Erstmaliges Auftreten:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> <p>Häufigkeit:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> <p>Intensität:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> | <p>Die Beschwerden treten bzw. traten auf bei:</p> <p><input type="checkbox"/> Hausarbeit <input type="checkbox"/> Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Umgang mit Tieren<br/> <input type="checkbox"/> körperlichen Anstrengungen <input type="checkbox"/> Genuss bestimmter Nahrungsmittel <input type="checkbox"/> andere Gelegenheiten</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> |
| <p>Zu Nr. <input type="text"/></p> <p>Erstmaliges Auftreten:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> <p>Häufigkeit:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> <p>Intensität:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> | <p>Die Beschwerden treten bzw. traten auf bei:</p> <p><input type="checkbox"/> Hausarbeit <input type="checkbox"/> Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Umgang mit Tieren<br/> <input type="checkbox"/> körperlichen Anstrengungen <input type="checkbox"/> Genuss bestimmter Nahrungsmittel <input type="checkbox"/> andere Gelegenheiten</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> |
| <p><b>4. Weitere Angaben</b></p>  |   |
| <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>  |

Fragebogen Allergie / Seite 3/4

|  |   |
|--|---|
| <p>4.4. Wurde schon ein Allergietest durchgeführt?</p>   | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br/>Wenn <b>ja</b>, welcher?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>   |
| <p>4.5. Welche Allergien wurden Ihnen vom Arzt genannt?</p>  | <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>   |
| <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<br/>Wenn <b>ja</b>, 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: 40px; width: 100%;"></div>   |
| <p>4.8. Welche Ärzte haben Sie wegen einer allergischen Erkrankung aufgesucht?</p>                               | <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>   |
| <p>4.9. Waren Krankenhausaufenthalte nötig?</p>  | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br/>Wenn <b>ja</b>, 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<br/>Wenn <b>ja</b>, wann?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>  |
| <p>4.11. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?</p>   | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br/>Wenn <b>ja</b>, aus welchem Grund (gfls. Grad der Behinderung angeben)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; 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<br/>Wenn <b>ja</b>, wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>          |
| <p><b>5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</b></p>   | <div style="border: 1px solid black; height: 60px; 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

Rev002 vom 21.10.2009