

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:

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. Seit wann leiden Sie an Epilepsie?	<input type="text"/>
2.2. Wie oft treten die Anfälle auf?	<input type="text"/>
2.3. Wann treten sie auf (bei Tag, bei Nacht, nach Aufregung, nach Alkoholgenuss)?	<input type="text"/>
2.4. Wie lange dauern sie an?	<input type="text"/>
2.5. Wann hatten Sie den letzten Anfall?	<input type="text"/>
2.6. Wie lange dauert die Bewusstlosigkeit bei den Anfällen?	<input type="checkbox"/> Nur rasch vorübergehender Schwindel mit leichter Ohnmacht <input type="text"/>
2.7. Haben Sie sich im Anfall schon eine Verletzung zugezogen (Zungenbisse oder andere Verletzungen)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Fragebogen Epilepsie / Seite 2/3

2.8. Sind wegen der Krankheit Krankenhausaufenthalte erfolgt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und wie lange?
<div style="border: 1px solid black; height: 37px;"></div>	
3. Allgemeine Fragen	Bezogen auf die in diesem Fragebogen thematisierten Erkrankungen/Einschränkungen/Unfälle/Missbildungen
3.1. Besitzen Sie einen Führerschein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.2. Führen Sie ein Kraftfahrzeug?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.3. Nehmen Sie aktuell Medikamente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche?
<div style="border: 1px solid black; height: 24px;"></div>	
3.4. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?	Name, Anschrift
<div style="border: 1px solid black; height: 67px;"></div>	
3.5. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?	<div style="border: 1px solid black; height: 57px;"></div>
3.6. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , aus welchem Grund? (gfls. Grad der Behinderung angeben)
<div style="border: 1px solid black; height: 37px;"></div>	
3.7. 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?
<div style="border: 1px solid black; height: 67px;"></div>	
4. Sonstige Hinweise und Erläuterungen	<div style="border: 1px solid black; height: 73px;"></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