

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. Wann erlitten Sie die Verletzung?	<input type="text"/>
2.2. Was war Ursache der Verletzung?	<input type="text"/>
2.3. Welche Organe wurden betroffen?	<input type="text"/>
2.4. Wie bezeichnete der Arzt die Verletzung?	<input type="text"/>
2.5. Wie wurde die Verletzung behandelt (Operation, Medikamente)?	<input type="text"/>

Fragebogen Verletzungen / Seite 2/3

<p>2.6. Sind Sie völlig geheilt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, seit wann? <input type="text"/> Wenn nein, welche Beschwerden bestehen noch? <input type="text"/></p>
<p>2.7. Sind Dauerfolgen der Verletzung zurückgeblieben?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, welche? <input type="text"/></p>
<p>2.8. Ist eine Operation vorgesehen (z.B. Entfernung von Knochennägeln, Platten)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann? <input type="text"/></p>
<p>3. Allgemeine Fragen</p>	<p>Bezogen auf die in diesem Fragebogen thematisierten Erkrankungen/Einschränkungen/Unfälle/Missbildungen</p>
<p>3.1. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?</p>	<p>Name, Anschrift <input type="text"/></p>
<p>3.2. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?</p>	<p><input type="text"/></p>
<p>3.3. 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) <input type="text"/></p>
<p>3.4. 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? <input type="text"/></p>
<p>4. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</p>	<p><input type="text"/></p>

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