

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Der Fairsicherungsladen GmbH

Waldstr. 65 • 76133 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"/> <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"/>
<b>2. Fragen zur Erkrankung</b>	
2.1. Wann erlitten Sie die Verletzung bzw. den Unfall?	<input type="text"/>
2.2. Was war Ursache der Verletzung?	<input type="text"/>
2.3. Welche Körperteile/Organe wurden betroffen?	<input type="text"/>
2.4. Wie bezeichnete der behandelnde Arzt die Verletzung (genaue Diagnose)?	<input type="text"/>
2.5. Welche Diagnoseverfahren wurden durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Computertomographie (CT) <input type="checkbox"/> Kernspintomographie (MRT) <input type="checkbox"/> Sonstige Zeitpunkt, Ort und Befund: <input type="text"/>

Fragebogen Verletzungen / Seite 2/3

<p>2.6. Wie wurde die Verletzung behandelt (Operation, Medikamente, Verband/Schiene/ Gips, Krankengymnastik, Reha/Kur, sonstige)?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
<p>2.7. Waren Sie wegen der Verletzung bzw. des Unfalls arbeitsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, wie lange?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
<p>2.8. Sind Sie völlig geheilt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, seit wann?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div> <p>Wenn <b>nein</b>, welche Beschwerden bestehen noch?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
<p>2.9. Sind Dauerfolgen der Verletzung zurückgeblieben (z. B. auch Arbeitsunfähigkeit)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, welche?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
<p>2.10. Ist eine Operation vorgesehen (z.B. Entfernung von Knochennägeln, Platten)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, wann?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
<p><b>3. Allgemeine Fragen</b></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</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
<p>3.2. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>
<p>3.3. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, aus welchem Grund? (gfls. Grad der Behinderung angeben)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>
<p>3.4. Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>

<b>4. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</b>	
<b>Einverständniserklärung zur Datenweitergabe</b>	<p>Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.</p> <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift</p>
<b>Interne Notizen</b>	
Mitarbeiter: _____ Datum : _____ Uhrzeit: von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben <input type="checkbox"/> persönliche Besprechung <input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden <input type="checkbox"/> _____
Rev003 vom 20.09.2018	

**Erklärung**

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift