

**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:**

<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?	<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"/>
2.6. Sind Sie völlig geheilt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , seit wann? <input type="text"/> Wenn <b>nein</b> , welche Beschwerden bestehen noch? <input type="text"/>

<p>2.7. Sind Dauerfolgen der Verletzung zurückgeblieben?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn <b>ja</b>, welche?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.8. 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; width: 100%;"></div>
<p><b>3. Allgemeine Fragen</b></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: 60px; width: 100%;"></div>
<p>3.2. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 70px; width: 100%;"></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; width: 100%;"></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: 45px; width: 100%;"></div>
<p><b>4. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 90px; width: 100%;"></div>	
<p><b>Einverständniserklärung zur Datenweitergabe</b></p>	<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>
<p>Interne Notizen</p>	

■ / Zusatzfragebogen Verletzungen / Seite 3/3

Mitarbeiter:

Datum :

Uhrzeit: Von

bis

telefonische Erfassung  schriftliche Kundenangaben

persönliche Besprechung

im Maklerbüro  beim Kunden

Rev002 vom 21.10.2009