

Beratung durch:

Hopfauer Versicherungsmakler GmbH & Co. KG
Luitpoldstraße 45 • 97421 Schweinfurt
Tel.: 09721 / 89044 • Fax: 09721 / 81603
info@hopfauer.de
http://www.hopfauer.de

Versicherungsnehmer:

Herr
Max Mustermann

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011

Persönlicher Ansprechpartner:

Herr Marco Hopfauer
Fax: 09721 / 4764862
marco@hopfauer.de

Zu versichernde Person	
Vorname, Nachname	Max Mustermann
Geburtsdatum	
Beruf	
Berufsstatus	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> andere
Fragen zur Erkrankung	
Seit wann leiden Sie an Asthma?	
Wie oft treten Asthma-Anfälle auf?	
Bei welchen Gelegenheiten?	
Wie lange dauern sie an?	
Sind Sie bei diesen Anfällen bettlägerig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind wegen der Krankheit Krankenhausaufenthalte erfolgt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und wie lange?
Wurden Operationen bzgl. der Krankheit durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann, wo und mit welchem Ergebnis?

Allgemeine Fragen		für Herrn Max Mustermann am 27.09.2011
Nehmen Sie aktuell Medikamente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche? <input type="text"/>	
Leiden Sie auch an Herzbeschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , worin bestehen diese? <input type="text"/>	
Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?	Name, Anschrift <input type="text"/>	
Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?	<input type="text"/>	
Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , aus welchem Grund? (gfls. Grad der Behinderung angeben) <input type="text"/>	
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? <input type="text"/>	
Unterschrift	<input type="text"/> Ort, Datum, Unterschrift	
Rev002 vom 21.10.2009		