

Beratung durch:

Lohschmidt Versicherungsmakler GmbH
Schulstr. 6 • 94051 Hauzenberg
Tel.: 08586/ 9765-0 • Fax: 08586/ 9765-28
info@lohschmidt.com
http://www.lohschmidt.com

Versicherungsnehmer:

Persönlicher Ansprechpartner:

<p><u>Wichtiger Hinweis:</u> Die folgenden Fragen sind sehr wichtig für die grundsätzliche Einschätzung der Versicherbarkeit und der Wahl des Versicherers bzw. Produktes. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen deshalb sehr genau! Probleme bei der Beantragung und auch im Leistungsfall können somit vermieden werden! Da die Versicherer unterschiedliche Zeiträume abfragen, sollten die Fragen hier ohne zeitliche Befristung angegeben werden</p>	<p>In jedem Fall sind jedoch <input type="checkbox"/> die letzten 10 Jahre <input type="checkbox"/> die letzten 5 Jahre (+ stationäre Behandlungen und psychische Erkrankungen der letzten 10 Jahre) <input type="checkbox"/> <input type="text"/> relevant und anzugeben!</p>
<p>Name der zu versichernden Person</p>	<p><input type="checkbox"/> identisch mit Versicherungsnehmer s. o. Vorname: <input type="text"/> Name: <input type="text"/></p>
<p>1. Allgemeine Fragen:</p>	
<p>1.1. Geburtsdatum:</p>	<p><input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/></p>
<p>1.2. Körpergröße:</p>	<p><input type="text"/> cm</p>
<p>1.3. Gewicht:</p>	<p><input type="text"/> kg</p>
<p>1.4. Beruf:</p>	<p><input type="text"/></p>
<p>1.5. Sind Sie in Ihrem Beruf oder beim Sport besonderen Gefahren ausgesetzt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte nähere Angaben: <input type="text"/></p>
<p>2. Bestanden oder bestehen bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden...</p>	

2.1. des Herzens oder der Kreislauforgane?

nein ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ambulant stationär

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
 weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.2. der Atmungsorgane?

nein ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ambulant stationär

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
 weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.3. der Verdauungsorgane?

nein ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ambulant stationär

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
 weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.4. der Harn- oder Geschlechtsorgane?

nein ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ambulant stationär

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
 weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.5. des Gehirns, Rückenmarks, allg. Nerven?

nein ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ambulant stationär

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
 weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.6. der Augen?

nein ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ambulant stationär

von bis

aktuelle Dioptrienzahl:

links:

rechts:

letztes Untersuchungsergebnis:

völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden

weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.7. der Ohren?

nein ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ambulant stationär

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden

weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.8. der Haut, Drüsen, Milz, Allergien?

nein ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ambulant stationär

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden

weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.9. wegen Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhungen, anderer Blutwerte, Harnsäureerhöhungen, Gicht, Funktionsstörungen der Schilddrüse?

nein ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ambulant stationär

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden

weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.10. wegen Geschwülsten/Tumoren?

nein ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ambulant stationär

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden

weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.11. der Knochen und Gelenke
- auch Wirbelsäule und Bandscheiben?
 nein ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ambulant stationär

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
 weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.12. wegen akuter oder chronischer Infektions-,
Geschlechts- oder Tropenkrankheiten?
 nein ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ambulant stationär

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
 weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.13. der Psyche
 nein ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ambulant stationär

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
 weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

2.14. wegen sonstiger Krankheiten, Gebrechen,
körperlicher Fehler oder Beschwerden, nach denen bis
jetzt nicht ausdrücklich gefragt wurde?
 nein ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ambulant stationär

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
 weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

3. Zusatzfragen für Frauen:

entfällt

3.1. Bestanden oder bestehen bei Ihnen Krankheiten,
Störungen oder Beschwerden der weiblichen Organe?
 nein ja wenn **ja**, welche?

Behandlung: ambulant stationär

von bis

letztes Untersuchungsergebnis:

- völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden
 weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) /

Einnahme von Medikamenten:

3.2. Besteht aktuell eine Schwangerschaft?
 nein ja

Wenn **ja**, in welchem Schwangerschaftsmonat befinden
Sie sich?

Monat

<p>3.3. Sind vorausgegangene Schwangerschaften und Entbindungen normal verlaufen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Wenn nein, bitte nähere Angaben zu den aufgetretenen Komplikationen: <input type="text"/></p>
<p>4. Zahnstatus:</p>	<p><input type="checkbox"/> entfällt bei Beantragung Berufsunfähigkeits-/Risikolebensversicherung</p>
<p>4.1. Fehlen Zähne (außer Weisheitszähne)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Wenn ja, wieviele? <input type="text"/> Stück</p>
<p>4.2. Wurden Zähne ersetzt bzw. überkront? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Wenn ja, wieviele? <input type="text"/> Stück wann? <input type="text"/></p>
<p>4.3. Besteht eine Zahnbetterkrankung oder Zahnbettfehlstellung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Wenn ja, bitte nähere Infos. <input type="text"/></p>
<p>4.4. Werden derzeit Zahnbehandlungen zur Zahn- und Kieferregulierung, wegen Paradontose oder Zahnersatz durchgeführt, oder sind solche notwendig, angeraten, oder beabsichtigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, welche? <input type="text"/></p>	<p>von <input type="text"/> bis <input type="text"/> letztes Untersuchungsergebnis: <input type="checkbox"/> völlig ausgeheilt, ohne weitere Beschwerden <input type="checkbox"/> weiterhin Beschwerden (genaue Beschreibung) / Einnahme von Medikamenten: <input type="text"/></p>
<p>5. Allgemeine Fragen:</p>	
<p>5.1. Sind Sie mit Medikamenten behandelt worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Wenn ja, mit welchen Medikamenten? <input type="text"/> weshalb? <input type="text"/> wann? <input type="text"/></p>
<p>5.2. Nahmen oder nehmen Sie Drogen oder andere Betäubungsmittel? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Wenn ja, welche? <input type="text"/> seit wann? <input type="text"/></p>
<p>5.3. Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Wenn ja, wie viel täglich? <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Zigaretten <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Zigarillos <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Zigarren <input type="checkbox"/> <input type="text"/> (Wasser-) Pfeife</p>

<p>5.4. Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Wenn ja, in welchem Umfang? <input type="text"/></p>
<p>5.5. Haben Sie jemals einen Selbsttötungsversuch unternommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Wenn ja, wann? <input type="text"/></p>
<p>5.6. Haben Sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Wenn ja, bitte nähere Angaben und verbliebene Gesundheitsschädigung nennen: <input type="text"/></p>
<p>5.7. Besteht eine Erwerbsminderung nach dem Schwerbehindertengesetz? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Wenn ja, zu wieviel %? <input type="text"/> %</p>
<p>5.8. Sind Sie jemals operiert worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Wenn ja, weshalb? <input type="text"/> wann? <input type="text"/></p>
<p>5.9. Ist eine Operation vorgesehen oder angeraten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Wenn ja, weshalb? <input type="text"/> wann? <input type="text"/></p>
<p>5.10. Sind Sie mit Röntgen-, Radium-, Isotopen- oder sonstigen Strahlen behandelt oder untersucht worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Wenn ja, weshalb? <input type="text"/> wann? <input type="text"/></p>
<p>5.11. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>6. Ärzte:</p>	
<p>6.1. Hausarzt (Name und Anschrift)</p>	<p><input type="text"/> Behandler zu den Fragennr: <input type="text"/></p>

<p>6.2. Welche Ärzte haben Sie zu den oben angegebenen Fragen behandelt?</p>	<p>Frage Nummer(n): <input type="text"/></p> <p>Arzt (Name und Anschrift)</p> <input type="text"/>
<p>Sofern nötig, Beiblatt nutzen!</p>	<p>Frage Nummer(n): <input type="text"/></p> <p>Arzt (Name und Anschrift)</p> <input type="text"/>
	<p>Frage Nummer(n): <input type="text"/></p> <p>Arzt (Name und Anschrift)</p> <input type="text"/>
<p>6.3. Haben Sie andere Ärzte außer den oben genannten in den letzten 5 Jahren behandelt, untersucht oder beraten?</p>	<p>Frage Nummer(n): <input type="text"/></p> <p>Arzt (Name und Anschrift)</p> <input type="text"/>
<p>6.4. In welchen Krankenhäusern oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen sind Sie untersucht oder behandelt worden?</p>	<p>Frage Nummer(n): <input type="text"/></p> <p>Krankenhaus (Name und Anschrift)</p> <input type="text"/>
	<p>Frage Nummer(n): <input type="text"/></p> <p>Krankenhaus (Name und Anschrift)</p> <input type="text"/>
<p>7. Sonstige Hinweise, Bemerkungen</p>	<input type="text"/>
<p>Risikorelevante Fragen und Belehrung</p>	<p>Bei den Fragen handelt es sich um Fragen zu Ihrer persönlichen Risikosituation. Sie bilden die Basis der Beratung.</p> <p>Unvollständige und unrichtige Angaben lassen nur eine eingeschränkte Analyse zu und führen evtl. zu einer falschen Auswahl des Versicherungsschutzes. Bitte informieren Sie uns daher unbedingt, wenn sich Änderungen ergeben oder Fragen versehentlich falsch bzw. nicht beantwortet wurden.</p> <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift</p>

Interne Notizen

Mitarbeiter:
Datum :
Uhrzeit: Von bis

- telefonische Erfassung schriftliche Kundenangaben
- persönliche Besprechung
 - im Maklerbüro beim Kunden
 -

Rev002 vom 14.010.2009