

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

HENGSTENBERG & PARTNER GmbH Versicherungsmakler
 Sendlinger-Tor-Platz 11 • 80336 München
 Tel.: 089 - 54838-0
 Fax: 089 - 54838-101
 versicherungsmakler@hbup.de
 http://www.hbup.de

Persönlicher Ansprechpartner:

Abteilung Versicherungsmakler
 Tel.: 089 - 54838-100
 Fax: 089 - 54838-101
 versicherungsmakler@hbup.de

1. Versicherte Personen	
1.1. Name, Geburtsdatum, Geschlecht usw. der zu versichernden Person.	. <input type="text"/> <input type="text"/> Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Geburtsdatum: <input type="text"/> Geburtsort: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> Raucher <input type="checkbox"/> Nichtakademiker <input type="checkbox"/> Akademiker <input type="checkbox"/> Kein Motorradfahrer <input type="checkbox"/> Motorradfahrer Jahresbruttoeinkommen: <input type="text"/> € Aktuell ausgeübter Beruf <input type="text"/> Steuer-Identifikationsnummer: <input type="text"/> Personalausweisnummer: <input type="text"/> Nationalität: <input type="text"/>
1.2. Falls abweichend: Welches Verhältnis besteht zwischen Antragsteller/in und zu versichernder Person (Ehegatte, Geschäftspartner...)?	<input type="text"/>
2. Vertragsdaten	
2.1. Versicherungsbeginn	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
2.2. Laufzeit	<input type="checkbox"/> Versicherungsdauer = <input type="text"/> Jahre <input type="checkbox"/> Ablaufalter = <input type="text"/> Jahre <input type="checkbox"/> lebenslang
2.3. Berechnungsvorgabe	<input type="checkbox"/> Versicherungssumme <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> Beitrag <input type="text"/> € (s. Zahlweise)
2.4. Leistungen bei Tod	<input type="checkbox"/> nicht notwendig <input type="checkbox"/> Mindesttodesfalleistung <input type="checkbox"/> <input type="text"/> % der Versicherungssumme

<p>3. Gesundheitsfragen</p>	
<p>3.1. Körpergröße und Gewicht</p>	<p><input type="text"/> cm <input type="text"/> kg</p>
<p>3.2. Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht? Hinweis: Sie werden als Nichtraucher eingestuft, wenn Sie in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung keinerlei Tabakprodukte konsumiert haben.</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, geben Sie bitte an, was und wie viel Sie täglich geraucht haben?</p> <input type="text"/>
<p>3.3. Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche und wie viel durchschnittlich pro Woche?</p> <input type="text"/>
<p>3.4. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion (positiver AIDS-Test) festgestellt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>3.5. Sind Sie beruflich oder privat besonderen Gefahren ausgesetzt? z. B.: Teilnahme an Wettkämpfen, Motorsport, Tauchen, Boxen, Bergsteigen, Sportfliegen, Drachenfliegen, Fallschirmspringen, sonstige Sportarten mit höherem Risiko, Umgang mit radioaktiven oder gesundheitsgefährdenden Stoffen</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche?</p> <input type="text"/>
<p>3.6. Beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate einen mehr als halbjährigen Auslandsaufenthalt außerhalb der EU?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wo, wann, wie lange und zu welchem Zweck?</p> <input type="text"/>
<p>3.7. Sind Sie bereits bei einer anderen Versicherungsgesellschaft im Bereich Dread Disease, Lebens-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung versichert und/oder stellen oder haben Sie bereits einen entsprechenden Antrag bei einer anderen Gesellschaft gestellt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann, welche Versicherung, bei welcher Gesellschaft und mit welcher Versicherungsleistung?</p> <input type="text"/>
<p>3.8. Ist eine ambulante/stationäre Untersuchung (auch Kontrolluntersuchung) Behandlung angeraten oder beabsichtigt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, machen Sie hier bitte genauere Angaben:</p> <input type="text"/>
<p>3.9. Diese Frage ist nur bei Versicherungssummen von über 300.000 € zu beantworten: Wie hoch war Ihr Bruttoeinkommen (Jahresarbeitsentgelt ohne Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung, Kapitalanlagen etc.) im Durchschnitt der letzten 3 Jahre?</p>	<p><input type="text"/> €</p>

für
am 11.08.2015

für
am 11.08.2015

<p>Die folgenden Fragen beziehen sich auf die letzten 5 Jahre:</p>	
<p>3.10. Beziehen, bezogen oder beantragen Sie eine Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, Unfallinvalidität oder aus anderen gesundheitlichen Gründen? Sofern eine Erwerbsminderung und/oder eine Schwerbehinderung (GdB) besteht, geben Sie bitte den Grund der Beeinträchtigung an.</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, machen Sie hier bitte genaue Angaben: <input type="text"/></p>
<p>3.11. Ist schon einmal ein Versicherungsantrag von Ihnen bei einer anderen Versicherungsgesellschaft im Bereich Dread Disease, Lebens-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung abgelehnt, zurückgestellt oder nur zu besonderen Bedingungen (z.B. Beitragszuschlag, Staffelung, einschränkende Klausel) angenommen worden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche Gesellschaft, wann und weshalb? <input type="text"/></p>
<p>3.12. Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgende Erkrankungen, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen bzw. stehen noch Befunde aus aktuellen Untersuchungen aus?</p>	
<p>a) Rückenschmerzen, Bandscheibenvorfall, oder andere Wirbelsäulenbeschwerden</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>b) Bewegungsapparat, Gelenke und/oder Muskeln bzw. im Bindegewebsbereich (z.B. Sprung-, Knie-, Schulter-, Hüftgelenksbeschwerden, Abnutzung, Rheuma, Arthritis, Fibromyalgie)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>c) Psyche (z.B. Depressionen, Neurosen, Angstzustände, Schlafstörungen, Burnout-Syndrom, Nervenzusammenbruch, Selbsttötungsversuch, Essstörung)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>d) Krebs, Tumore, Knoten, Zysten oder andere gut- oder bösartige Neubildungen</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>e) Herz und Kreislaufsystem (z.B. Bluthochdruck, Herzrasen, Brustschmerzen, Herzfehler, Herzinfarkt, Veränderungen im EKG, Herzrhythmusstörungen, Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Schlaganfall, Gefäßerkrankung)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>f) Gehirn oder Nerven (z.B. Anfälle, Bewusstseinsverlust, Migräne, Multiple Sklerose, Parkinson-Krankheit, Alzheimer-Krankheit, Sensibilitätsstörungen)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>g) Nieren oder ableitende Harnwege bzw. Geschlechtsorgane (z.B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Eißchleimhautentzündungen oder Erkrankungen der Prostata, der Blase, der Gebärmutter, der Eierstöcke oder Brustdrüsen)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>

<p>h) Atmungsorgane (z.B. Asthma, wiederholte oder chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Tuberkulose, Emphysem)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>i) Sinnesorgane (z.B. Fehlsichtigkeit, grauer o. grüner Star, Netzhautablösung, Sehstörungen, Hörstörungen, Hörsturz, Tinnitus, Infektionen)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Dioptrien: links: <input type="text"/> rechts <input type="text"/></p>
<p>j) Verdauungsorgane (z.B. wiederkehrende Verdauungsstörungen, Magengeschwüre, Darmentzündungen, Gastritis, wiederkehrende Durchfälle, Gallenbeschwerden, Beschwerden an der Bauchspeicheldrüse)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>k) Leber, Drüsen oder Stoffwechsel (z.B. Diabetes, Cholesterin, Triglyceride, Harnsäure, Gicht, Fettleber, Hepatitis, Schilddrüsenstörungen)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>l) Allergien, Haut oder Schleimhäute (z.B. Heuschnupfen, Schuppenflechte, Neurodermitis, Juckreiz)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>m) Blut, Lymphsystem oder Milz (z.B. Veränderungen des Blutbildes, Thrombose, Anämie, vergrößerte Lymphknoten, Milzvergrößerung)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>n) Erlitten Sie Unfälle, Knochenbrüche oder Vergiftungen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>Falls Sie eine oder mehrere der Fragen a)-n) mit ja beantwortet, machen Sie nachfolgend bitte genauere Angaben (ggf. auch Zusatzfragebögen nutzen). Wenn der Platz nicht ausreicht bitte ein Zusatzblatt (datiert und unterschrieben) beifügen.</p>	<p>Bitte nennen Sie unbedingt zu welcher Frage, die betroffenen Organe/Körperteile, Diagnose und -zeitpunkt, Häufigkeit, Folgen der Untersuchung/ Operation sowie Name und Anschrift der Ärzte/Krankenhäuser</p>
<div style="border: 1px solid black; height: 90px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 90px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 90px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 90px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 85px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 85px;"></div>

für
am 11.08.2015

<p>3.13. Nehmen oder nahmen Sie häufig (zumindest einmal am Tag) o. regelmäßig (über mind. 1 Monat hinweg) Medikamente oder wurden Ihnen solche verordnet?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, machen Sie hier bitte nähere Angaben:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3.14. Wurden Sie wegen Folgen von Alkoholgenuss beraten oder behandelt bzw. nehmen Sie oder nahmen Sie Drogen, Betäubungs- und/oder Rauschmittel (z.B. Haschisch/Kokain)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3.15. Haben Sie sich Operationen (auch ambulant), Krankenhaus-, oder Kuraufenthalten, Rehabilitationen oder Kontroll-/Nachsorgeuntersuchungen unterzogen bzw. sind diese vorgesehen.</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3.16. Wurden bei Ihnen nicht normale Ergebnisse bei Untersuchungen festgestellt? (z.B. EKG, Röntgen, Blutdruckmessung, Urin- und Blutuntersuchung)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>4. Sollen, sofern vom Versicherer angeboten, weitere Risikoprüfungen für andere Absicherungsarten vorgenommen werden? z.B. Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Grundfähigkeitsversicherung, funkt. Invaliditätsabsicherung</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche ?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>5. Sonstige Hinweise, Bemerkungen</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>6. Einverständniserklärung zur Datenweitergabe</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>7. Unterschrift</p>	<p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift</p>
<p>Interne Notizen</p>	
<p>Mitarbeiter: _____ Datum : _____ Uhrzeit: Von _____ bis _____</p>	<p><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"/> _____</p>
<p>Rev001 vom 12.12.2013</p>	

für
 .
 am 11.08.2015