Bechstein Versicherungsmakler GmbH & Co. KG
Eichendorffstr. 12
65187 Wiesbaden
jb@vmwi.gmbh
0611-945892401
www.vmwi.gmbh

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Bechstein Versicherungsmakler GmbH & Co. KG

Eichendorffstr. 12 • 65187 Wiesbaden
Tel.: 0611 / 945892402
jb@vmwi.de
https://www.vmwi.de

Persönlicher Ansprechpartner:

1. Zu versichernde Person	
1.1. Vorname, Nachname	
1.2. Geburtsdatum	
1.3. Beruf	
1.4. Berufsstatus	☐ Selbständig ☐ Arbeitnehmer ☐ Beamter ☐ Öffentlicher Dienst ☐ andere
2. Fragen zur Erkrankung	
2.1. Wie lautet die genaue medizinische Diagnose?	
2.2. Welche Beschwerden haben Sie im Detail?	
2.3. Tritt das Leiden mit oder ohne Aura (z.B. Sehstörungen, Lähmungserscheinungen, Taubheitsgefühl, o.ä.) auf?	
2.4. Nähere Angaben hinsichtlich Häufigkeit und Zeitpunkt der Erscheinungen.	
3. Fragen zum Krankheitsverlauf	
3.1. Wann traten die Beschwerden erstmals auf?	

Bechstein Versicherungsmakler Gmbh & Co. KG
VMWI
Eichendorffstr. 12
65187 Wiesbaden
jb@vmwi.gmbh
0611-945892401
www.vmwi.gmbh

3.2. In welchen Abständen?	
3.3. War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, wann und wo?
3.4. War eine Sanatoriumskur erforderlich?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, wann und wo?
3.5. Wie wurde das Leiden behandelt? Welche Medikamente, welche Dosierung?	
3.6. Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch? Bitte auch Dosierung angeben.	
3.7. Wurden Sie aus der Behandlung geheilt entlassen?	☐ nein ☐ ja
3.8. Sind Sie jetzt vollkommen gesund?	☐ nein ☐ ja Wenn **nein**, welche Beschwerden bestehen noch?
4. Allgemeine Fragen	Bezogen auf die in diesem Fragebogen thematisierten Erkrankungen/Einschränkungen/Unfälle/Missbildungen
4.1. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?	Name, Anschrift
4.2. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?	
4.3. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, aus welchem Grund? (gfls. Grad der Behinderung angeben)

Bechstein Versicherungsmakler GmbH & Co. KG
VMWI
Eichendorffstr. 12
65187 Wiesbaden
jb@vmwi.gmbh
0611-945892401
www.vmwi.gmbh

4.4. Waren Sie jemals länger als 4 Wochen arbeits- oder berufsunfähig?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, wegen welcher Erkrankung, wann und wie lange?
5. Sonstige Hinweise und Erläuterungen	
Einverständniserklärung zur Datenweitergabe	Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden. _____ Datum, Unterschrift
Interne Notizen	
Mitarbeiter: Datum : Uhrzeit: von bis	☐ telefonische Erfassung ☐ schriftliche Kundenangaben ☐ persönliche Besprechung ☐ im Maklerbüro ☐ beim Kunden ☐
Rev002 vom 29.07.2010	