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. Unter welchen Beschwerden / Symptomen litten bzw. leiden Sie?	
2.2. In welchem Zeitraum?	
2.3. Wie lautet die genaue ärztliche Bezeichnung Ihrer Erkrankung? (z.B. reaktive Depression, etc.)	
2.4. Wann trat die Erkrankung erstmals auf?	
2.5. Welche Ursachen können Sie für Ihre Beschwerden nennen (z.B. berufliche oder innerfamiliäre Probleme, starken Stress, Konfliktsituationen, o.ä.)?	
2.6. Sind diese Ursachen inzwischen behoben oder besteht Aussicht auf Besserung?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, bitte nähere Angaben

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

2.7. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, seit wann?
2.8. Sind Rückfälle aufgetreten?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, wann?
2.9. Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, bitte nähere Angaben
2.10. Handelt es sich um ein chronisches, immer wiederkehrendes Leiden?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, wann und wie oft traten bisher Schübe auf und wie lange dauerten die Beschwerden im Allgemeinen?
2.11. Werden / wurden Sie mit Medikamenten behandelt?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, von wann bis wann, mit welchen Präparaten und Dosierung?
2.12. Befinden Sie sich in regelmäßiger ärztlicher Behandlung bzw. Kontrolle?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, bitte Anschrift des Behandlers und Datum der letzten Behandlung / Kontrolle
2.13. Befanden Sie sich wegen dieser Erkrankung jemals in stationärer Heilbehandlung?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, bitte nähere Angaben
2.14. Nehmen Sie Alkohol zu sich?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, was und wieviel pro Woche?

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

2.15. Waren Sie wegen der genannten Erkrankung(en) bzw. Beschwerden in den letzten 5 Jahren länger als 2 Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, bitte Zeiträume angeben
2.16. Ist Ihnen in Verbindung mit Ihrer Erkrankung ein Berufs- bzw. Tätigkeitswechsel angeraten worden?	☐ nein ☐ ja Wenn **ja**, welcher Berufs / Tätigkeitsbereich?
3. 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 21.10.2009	