

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 Epilepsie?	
Wie oft treten die Anfälle auf?	
Wann treten sie auf (bei Tag, bei Nacht, nach Aufregung, nach Alkoholgenuss)?	
Wie lange dauern sie an?	
Wann hatten Sie den letzten Anfall?	
Wie lange dauert die Bewusstlosigkeit bei den Anfällen?	<input type="checkbox"/> Nur rasch vorübergehender Schwindel mit leichter Ohnmacht
Haben Sie sich im Anfall schon eine Verletzung zugezogen (Zungenbisse oder andere Verletzungen)?	<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? <input type="text"/>
Allgemeine Fragen	
Besitzen Sie einen Führerschein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Führen Sie ein Kraftfahrzeug?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nehmen Sie aktuell Medikamente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche? <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	_____ Ort, Datum, Unterschrift
Rev002 vom 21.10.2009	

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011