



DIRR & KOLLEGEN

VERSICHERUNGSMAKLER GMBH

4) Allgemeine Angaben zur Risikobeurteilung

Körpergröße in cm

Gewicht in kg

Raucher (wenn ja, wieviel am Tag?)

Nichtraucher (seit

/ schon immer)

Brillenträger

wenn ja, Dioptrin links / rechts /

Risikorelevante Hobbies? (bspw. Bergsport, Kampfsport, Motorsport, Reiten, Tauchsport, Wassersport, Flugsport, Extremsport,...)

Gibt es Gefahrerhöhungen in Ihrem Beruf? (bspw. Toxische, radioaktive- / chemische Stoffe, Sprengstoffe, Schusswaffengebrauch, ...)

5) Hatten Sie in den letzten 10 Jahren ...

(Nähere Angaben bitte unter Punkt 7 ergänzen)

- | | | |
|---------------------------------------------------|----|------|
| • ambulante Operationen | Ja | Nein |
| • stationäre Operationen / Krankenhausaufenthalte | Ja | Nein |
| • Kuren / Rehabilitationsmaßnahmen | Ja | Nein |

6) Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden, Beeinträchtigungen ...

(Nähere Angaben bitte unter Punkt 7 ergänzen)

- | | | | | | |
|--------------------|----|------|------------------------------|----|------|
| • Psyche | Ja | Nein | Suchterkrankungen / Drogen | Ja | Nein |
| • Allergien | Ja | Nein | Atemwege | Ja | Nein |
| • Bewegungsapparat | Ja | Nein | Blutdruck / Herz / Kreislauf | Ja | Nein |
| • Hauterkrankungen | Ja | Nein | Magen / Darm | Ja | Nein |
| • Physiotherapie | Ja | Nein | Schilddrüse | Ja | Nein |
| • Stoffwechsel | Ja | Nein | sonstige Erkrankungen | Ja | Nein |



DIRR & KOLLEGEN

VERSICHERUNGSMAKLER GMBH

7) Genauere Angaben zur Gesundheitshistorie

Bitte ergänzen Sie nachfolgend genauere Angaben zu Ihren Behandlungen: Was war wann und wie wurde es behandelt? Wann war die Behandlung abgeschlossen? Wann waren Sie beschwerdefrei?

Sollte der Platz nicht ausreichen, haben Sie unter Punkt 9 die Möglichkeit weitere Angaben zu machen.

Was?

War wann? (von / bis)

Gab es einen Anlass

Krankschreibung? (von / bis)

Wie wurde behandelt? (Diagnostik, Therapie, Medikamente)

Weitere Angaben?



Was?

War wann? (von / bis)

Gab es einen Anlass

Krankschreibung? (von / bis)

Wie wurde behandelt? (Diagnostik, Therapie, Medikamente)

Weitere Angaben?

Was?

War wann? (von / bis)

Gab es einen Anlass

Krankschreibung? (von / bis)

Wie wurde behandelt? (Diagnostik, Therapie, Medikamente)

Weitere Angaben?



DIRR & KOLLEGEN

VERSICHERUNGSMAKLER GMBH

Was?

War wann? (von / bis)

Gab es einen Anlass

Krankschreibung? (von / bis)

Wie wurde behandelt? (Diagnostik, Therapie, Medikamente)

Weitere Angaben?

Was?

War wann? (von / bis)

Gab es einen Anlass

Krankschreibung? (von / bis)

Wie wurde behandelt? (Diagnostik, Therapie, Medikamente)

Weitere Angaben?

Was?

War wann? (von / bis)

Gab es einen Anlass

Krankschreibung? (von / bis)

Wie wurde behandelt? (Diagnostik, Therapie, Medikamente)

Weitere Angaben?



DIRR & KOLLEGEN

VERSICHERUNGSMAKLER GMBH

9) Notizen / Anmerkungen



10) Datenschutzerklärung

Mit meiner Nachfolgenden Unterschrift stimme ich der Verwendung und Speicherung meiner persönlichen Daten und der hier gemachten Angaben zum Gesundheitszustand im Rahmen der Beratung durch die Firma DIRR & KOLLEGEN Versicherungsmakler GmbH, Flandernstraße 7, 86157 Augsburg, ausdrücklich zu.

Eine Weitergabe dieses Fragebogens – zum Beispiel an Versicherungsgesellschaften – ist mit der Ausnahme der Notwendigkeit einer Enthftung des Maklers generell ausgeschlossen.

Ich kann diese Zustimmung jederzeit in Textform widerrufen.

Ort

Datum

Unterschrift