



DIRR & KOLLEGEN

VERSICHERUNGSMAKLER GMBH

Fragebogen zum Gesundheitszustand

1) Persönliche Daten

Person 1

Anrede	Vorname	Nachname		
Geburtsdatum	Familienstand	Telefonnummer		
Handynummer		E-Mail-Adresse		
Straße, Hausnummer		PLZ/Ort		
Berufsstatus:	Selbstständig Beamte/-r auf Lebenszeit	Arbeitnehmer Beamte/-r auf Probe	Öffentlicher Dienst Beamte/-r auf Widerruf / Anwärter/-in	andere:

Person 2

Anrede	Vorname	Nachname		
Geburtsdatum	Familienstand	Telefonnummer		
Handynummer		E-Mail-Adresse		
Straße, Hausnummer		PLZ/Ort		
Berufsstatus:	Selbstständig Beamte/-r auf Lebenszeit	Arbeitnehmer Beamte/-r auf Probe	Öffentlicher Dienst Beamte/-r auf Widerruf / Anwärter/-in	andere:



DIRR & KOLLEGEN

VERSICHERUNGSMAKLER GMBH

Person 3

Anrede	Vorname	Nachname	
Geburtsdatum	Familienstand	Telefonnummer	
Handynummer	E-Mail-Adresse		
Straße, Hausnummer		PLZ/Ort	
Berufsstatus:	Selbstständig Beamte/-r auf Lebenszeit	Arbeitnehmer Beamte/-r auf Probe	Öffentlicher Dienst Beamte/-r auf Widerruf / Anwärter/-in

Person 4

Anrede	Vorname	Nachname	
Geburtsdatum	Familienstand	Telefonnummer	
Handynummer	E-Mail-Adresse		
Straße, Hausnummer		PLZ/Ort	
Berufsstatus:	Selbstständig Beamte/-r auf Lebenszeit	Arbeitnehmer Beamte/-r auf Probe	Öffentlicher Dienst Beamte/-r auf Widerruf / Anwärter/-in

Person 5

Anrede	Vorname	Nachname	
Geburtsdatum	Familienstand	Telefonnummer	
Handynummer	E-Mail-Adresse		
Straße, Hausnummer		PLZ/Ort	
Berufsstatus:	Selbstständig Beamte/-r auf Lebenszeit	Arbeitnehmer Beamte/-r auf Probe	Öffentlicher Dienst Beamte/-r auf Widerruf / Anwärter/-in



DIRR & KOLLEGEN

VERSICHERUNGSMAKLER GMBH

Bei Beihilfeberechtigten:

Beihilfeträger		Beihilfeerstattungssatz	50%	70%
Kinder im Ortszuschlag	Nein	Ja, Anzahl	andere	
Beihilfeberechtigter verheiratet mit berücksichtigungsfähigem Ehegatten		Ja	Nein	

2.) Angaben zum Vorversicherer / aktuellen Versicherer

Ist eine lückenlose Vorversicherung über mindestens 8 Monate nachweisbar (auch gesetzliche Krankenversicherung)?

Ja Nein

Wo sind Sie aktuell krankenversichert?

privat versichert

gesetzlich selbst versichert

seit

gesetzlich familienversichert

3) Angaben zu Beruf, Ausbildung und Einkommen

Ausbildung/Studium

Höchster Schulabschluss

Beruf

Bei Beamten: Besoldungsgruppe

Berufsbezeichnung laut Arbeitsvertrag

Jahresbrutto Vorjahr

mtl. Netto

Krankentagegeld gewünscht

Sind stärkere Gehaltssteigerungen zu erwarten?

Nein

Ja Wann / welche Höhe?

4) Angaben zu gewünschten / bestehenden Risikoabsicherungen

Bestehen über die Beratung zur Krankenversicherung hinaus weitere Beratungswünsche?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?



DIRR & KOLLEGEN

VERSICHERUNGSMAKLER GMBH

5) Allgemeine Angaben zur Risikobeurteilung

(Bitte für jede zu versichernde Person ein einen eigenen Fragebogen verwenden!)

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?

DIRR & KOLLEGEN
VERSICHERUNGSMAKLER GMBH

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