

Kundendaten/zu versichernde Person:

Name, Vorname: anonym
 Geburtsdatum: _____
 Beruf: _____
 Gewünschtes Produkt: _____

Raucherstatus: _____
 Größe [cm]: _____
 Gewicht [kg]: _____
 Gewünschte Absicherungshöhe: _____

zu Frage Nr.	Art und Ursache der Krankheiten, genaue Diagnose, Beschwerden, Untersuchungen, ggf. Seitenangabe	Therapie, Folgen, Ergebnis, folgenlos verheilt?	Auftreten, Behandlung, Medikamente (wann, wie lange?)	Arbeitsunfähigkeit (Zeitraum?)	Behandlung- und Beschwerdefreiheit seit (Datum)	Behandelnder Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift)	Befund anbei?

zu Frage Nr.	Art und Ursache der Krankheiten, genaue Diagnose, Beschwerden, Untersuchungen, ggf. Seitenangabe	Therapie, Folgen, Ergebnis, folgenlos verheilt?	Auftreten, Behandlung, Medikamente (wann, wie lange?)	Arbeitsunfähigkeit (Zeitraum?)	Behandlung- und Beschwerdefreiheit seit (Datum)	Behandelnder Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift)	Befund anbei?