

**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?