

FAX AN

089/90 11 98-49

FA. LEONHARD EDER  
UNABHÄNGIGER VERSICHERUNGSMAKLER  
PARTNERUNTERNEHMEN DES DZVHÄ



**LEONHARD EDER**  
VERSICHERUNGSMAKLER E.K.  
VERSICHERUNGSFACHWIRT

Private Zusatzversicherungen sind so zahlreich und individuell wie die Personen, die sie gerne abschließen möchten.

Wir helfen Ihnen gerne IHRE Versicherung zu finden.

Unabhängig und kompetent.

Bitte füllen Sie diese Antragsvorprüfung aus und faxen diesen an oben angeführte Nummer.

Auf der Basis Ihrer Angaben machen wir Ihnen unverbindliche Vorschläge zu privaten Zusatzversicherungen und informieren Sie kostenlos bei der Auswahl.

## ANTRAGSVORPRÜFUNG

Antragsteller = zu versichernde Person

NAME: \_\_\_\_\_ VORNAME: \_\_\_\_\_

PERSONEN UNTER 18 JAHREN

NAME: \_\_\_\_\_ VORNAME: \_\_\_\_\_

NR: \_\_\_\_\_ STRASSE: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ ORT: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

TEL. TAGSÜBER: \_\_\_\_\_ TEL. ABENDS: \_\_\_\_\_

GEB.-DATUM: \_\_\_\_\_ BERUF: \_\_\_\_\_

GEWICHT (kg): \_\_\_\_\_ GRÖSSE (cm): \_\_\_\_\_

F I R M E N S I T Z  
V A T E R S T E T T E N  
O R T S T E I L P A R S D O R F  
L A N D K R E I S E B E R S B E R G

FELDKIRCHENER STRASSE 6 A  
85599 P A R S D O R F

TELEFON 0 8 9 / 9 0 1 1 9 8 - 3 0

TELEFAX 0 8 9 / 9 0 1 1 9 8 - 4 9

MAIL INFO@L-EDER.COM

W W W . L - E D E R . C O M

R E G I S T E R G E R I C H T

A M T S G E R I C H T M Ü N C H E N

H R A 9 0 6 6 8

### WAS SOLL INSBESONDERE VERSICHERT WERDEN?

- ▶ Homöopathische Behandlung durch Ärzte \_\_\_\_\_
- ▶ Verordnete homöopathische Arzneimittel \_\_\_\_\_
- ▶ Naturheilkundliche Leistungen, welche? \_\_\_\_\_
- ▶ Anderes \_\_\_\_\_

**1** Sind Sie gesund? \_\_\_\_\_

**2** Bestehen/bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Unfallfolgen, Beschwerden oder sonstige Gesundheitsstörungen (auch Allergien)? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**3** Wurden in den letzten 5 Jahren Untersuchungen, Kuren, psychotherapeutische bzw. psychiatrische Behandlungen/Beratungen oder ambulante Operationen durchgeführt? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**4** Haben in den letzten 5 Jahren stationäre Behandlungen, Operationen oder Untersuchungen in einem Krankenhaus, Sanatorium oder einer Heilstätte stattgefunden? Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

**5** Sind ambulante oder stationäre Untersuchungen oder Behandlungen (auch Psychotherapie) angeraten oder beabsichtigt? Welche? Wann? \_\_\_\_\_

### Datenschutzklausel

Der Kunde willigt ein, dass die Daten aus dem Formular Antragsvorprüfung zur Angebotserstellung und Nachbearbeitung ausschließlich in der Fa. Leonhard Eder, Versicherungsmakler e.K. verwendet werden dürfen.

Eine weitere Verwendung zur Weitergabe an Dritte in jeglicher Form wird nicht durchgeführt und ist weder gewünscht noch erforderlich.

\_\_\_\_\_  
DATUM

\_\_\_\_\_  
UNTERSCHRIFT