

# Fax an 089 / 90119849

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 sie diese an oben angeführte Nummer oder senden sie sie direkt per Email. Auf der Basis Ihrer Angaben machen wir Ihnen unverbindliche Vorschläge zur privaten Zusatzversicherung und informieren Sie kostenlos bei der Auswahl.



LEONHARD EDER  
VERSICHERUNGSMAKLER E.K.  
VERSICHERUNGSFACHWIRT

FIRMENSITZ  
VATERSTETTEN  
ORTSTEIL PARSDORF  
LANDKREIS EBERSBERG  
FELDKIRCHENER STR. 6 A  
85599 PARSDORF  
  
TELEFON 089 / 90 11 98 - 30  
TELEFAX 089 / 90 11 98 - 49  
EMAIL INFO@L-EDER.COM  
WEBSITE WWW.L-EDER.COM

REGISTERGERICHT  
AMTSGERICHT MÜNCHEN  
HRA 90668

STEUERNUMMER  
112/213/50059  
FINANZAMT EBERSBERG

## Antragsvorprüfung

Name _____		Vorname _____	
Name / Personen unter 18 Jahren _____		Vorname _____	
Straße / Hausnummer _____		PLZ / Ort _____	
Telefon tagsüber _____	Telefon abends _____	Geburtsdatum _____	Beruf _____
Gewicht (Kg) _____	Größe (cm) _____	Email _____	

### 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.

Ort / Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Diese Antragsvorprüfung enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt.