

RISIKOANALYSE FÜR DIE UNFALLVERSICHERUNG

per Fax: 02606/2272

Kunde/Interessent:

ALLGEMEINE ANGABEN

Besteht derzeit eine Unfallversicherung?

nein ja, beim Versicherer: _____ unter der Vertragsnummer: _____

gekündigt vom _____ Versicherungsnehmer Versicherer zum: _____

Umfang der bestehenden Versicherung: _____

Bestand vorher eine Unfallversicherung?

nein ja, beim Versicherer: _____ unter der Vertragsnummer: _____

gekündigt vom _____ Versicherungsnehmer Versicherer zum: _____

Haben Sie oder die anderen zu versichernden Personen in den letzten fünf Jahren Unfälle erlitten?

nein ja: _____

RISIKOERFASSUNG:

Welche Sportarten üben Sie aus? _____

Leiden oder litten Sie unter erheblichen Erkrankungen oder Gebrechen? Ja Nein

Sind Sie fehlsichtig über acht Dioptrien? Ja Nein

GEWÜNSCHTE LEISTUNGSARTEN UND -SUMMEN

Invalidität/Vollinvalidität (Progression bzw. Mehrleistung): _____

Todesfall: _____

Unfallrente: _____

Unfall-Tagegeld: _____ ab _____ . Tag

Unfall-Krankenhaus-Tagegeld / Genesungsgeld: _____

Übergangsleistung: _____

Sofortleistung: _____

Bergungskosten: _____

Kosmetische Operationen: _____

Sonstige: _____

RISIKOANALYSE FÜR DIE UNFALLVERSICHERUNG

per Fax: 02606/2272

GEWÜNSCHTE ERWEITERUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Umschulungsmaßnahmen und behinderungsbedingte Kosten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sofortleistung/Vorschusszahlung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haushaltshilfe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Infektionsklausel, Insektenbisse und -stiche, Infektionen bei Ausübung der Berufstätigkeit, Impfschäden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bewusstseinstörungen durch Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nahrungsmittelvergiftungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verbesserte Gliedertaxe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Folgen psychischer und nervöser Störungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verbesserte Mitwirkungsregelung (3 AUB 99)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verlängerte Anmeldefrist ⁴	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leistung als einmalige Kapitalzahlung auch nach dem 65. Lebensjahr	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Zusätzlich bei Kinderunfall

Nachhilfegeld bei Schulunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rooming-In-Leistungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Vergiftungen bei Kindern über 10 Jahre	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Durch Krankheiten verursachte Invalidität und/oder Erwerbsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Gesprächspartner und weitere Anwesende

Beratungsort und Datum:

Unterschrift *Kunde*

Unterschrift *Makler*

4) Obligatorisch 15 Monate gem. § 2.1.1.1. AUB 99