

Risikoanalyse für die Unfallversicherung

Kunde/Interessent: _____

Allgemeine Angaben

Besteht derzeit eine Unfallversicherung?

nein

ja, beim Versicherer: _____ unter der Vertragsnummer: _____

gekündigt vom Versicherungsnehmer Versicherer zum: _____

Umfang der bestehenden Versicherung: _____

Falls nein: Bestand früher 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: _____

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: _____

Wünschen Sie eine der folgenden 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 ²	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bewusstseinsstörungen durch Medikamente, Herzinfarkt, Schlaganfall, Übermüdung ³	<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
Psychische und nervöse Störungen infolge eines Unfalls	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verbesserte Mitwirkungsregelung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verlängerte Anmeldefrist	<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
Erweiterte Leistungen für Kinder bei Tod des Versorgers ⁴	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ertrinken/Erfrieren/Ersticken/Verhungern/Verdursten ⁵	<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
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 Vermittler _____

² Einschüsse können - je nach Anbieter - über eine oder mehrere Klauseln mitversichert werden

³ analog 2

⁴ z. B. Vollwaisenrente, erhöhte Todesfalleistung, etc.

⁵ analog 2