

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: _____

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: _____

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
Psychischer und nervöser 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

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 _____