

Risikoanalyse für die Unfallversicherung

Kunde/Interessent: _____

Allgemeine Angaben

Besteht oder bestand eine Unfallversicherung?

nein

ja, beim Versicherer: _____ unter der Vertragsnummer: _____

Versicherungsbeginn: _____ Versicherungsablauf: _____

gekündigt vom Versicherungsnehmer Versicherer zum: _____

Umfang der bestehenden Versicherung: _____

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

nein

ja: _____

Gewünschte Leistungsarten und -summen

Wie soll die Unfallinvaliditätsleistung ausgestaltet sein?

Hohe Leistung bei niedrigen Invaliditätsgraden Hohe Leistung bei Vollinvalidität

Invaliditätsgrundsumme: _____

Leistung bei Vollinvalidität: _____

Unfall-Todesfallsumme: _____

Unfallrente: _____

Unfall-Tagegeld: _____ ab _____ . Tag

Unfall-Krankenhaus-Tagegeld / Genesungsgeld: _____

Übergangsleistung: _____

Sofortleistung: _____

Bergungskosten: _____

Kosmetische Operationen: _____

Der Arbeitskreis wird von den Berufsverbänden/Servicegesellschaften BDVM, CHARTA Börse für Versicherungen AG, germanBroker.net AG, und dem Verband der Fairsicherungsmakler getragen. Unterstützt wird er durch die Mitarbeit der Berufsverbände AfW und BVK sowie diversen Versicherern und weiteren Unternehmen. (siehe www.beratungsprozesse.de).

Sonstige: _____

Gewünschte Erweiterungen des Versicherungsschutzes

Sollen mitversichert werden:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Eine verbesserte bzw. erweiterte Gliedertaxe? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Eine verbesserte Regelung bei der Berücksichtigung bereits bestehender Beeinträchtigungen (Mitwirkungsanteil)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Verlängerte Fristen für die Geltendmachung und Feststellung eines Invaliditätsschadens? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Psychische und nervöse Störungen infolge eines Unfalls? | <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 |
| Infektionen infolge von Insektenbissen und -stichen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Weitere Infektionen, z. B. bei Ausübung der Berufstätigkeit? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Impfschäden? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bewusstseinsstörungen durch Medikamente, Herzinfarkt, Schlaganfall, Übermüdung ¹ ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nahrungsmittelvergiftungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ertrinken/Erfrieren/Ersticken/Verhungern/Verdursten ¹ ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Erweiterung der Mitversicherung erhöhter Kraftanstrengung und Mitversicherung von Eigenbewegungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Vorschusszahlung oder eine Sofortleistung bei schweren Verletzungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Erweiterte Leistungen für Kinder bei Tod des Versorgers ² ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kosten für behinderungsbedingte Umschulungsmaßnahmen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kosten für behinderungsbedingte Umbaumaßnahmen (Wohnung, Fahrzeug)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Assistanceleistungen, zum Beispiel Kosten für eine Haushaltshilfe? | <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: _____

¹ Einschüsse können - je nach Anbieter - über eine oder mehrere Klauseln mitversichert werden.

² Zum Beispiel Vollwaisenrente, erhöhte Todesfallleistung.



Unterschrift Kunde _____ Unterschrift Vermittler _____