

Erfassungsbogen* für Unfallversicherung

Kunde/Interessent & Partner _____

Weitere Personen sind zu versichern: Nein Ja, _____ Personen (bitte jeweils gesondertes Personenblatt)

Allgemeine Angaben

Besteht derzeit eine oder mehrere Unfallversicherungen?

Nein

Ja, beim Versicherer _____ Vers.-Nr. _____

gekündigt vom Versicherungsnehmer Versicherer zum _____

Umfang der bestehenden Versicherung _____

Falls nein: Hatten Sie zuvor eine Unfallversicherung?

Nein

Ja, beim Versicherer _____ Vers.-Nr. _____

gekündigt vom Versicherungsnehmer Versicherer zum _____

Grund der Kündigung _____

Vorschäden

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

Nein Ja, wann und welche _____

Unfallfolgen und Entschädigungshöhen _____

Leidet oder litt eine oder mehrere zu versichernde Personen unter erheblichen Erkrankungen oder Behinderungen?

Nein Ja, wann und welche _____

Gewünschte Leistungsarten und -summen (je zu versichernde Person ein Bogen)

■ Invalidität/Vollinvalidität (Progression bzw. Mehrleistung):	<input type="checkbox"/> Ja	VS _____	€	<input type="checkbox"/> Nein
Progression in % _____				
■ Todesfall:	<input type="checkbox"/> Ja	VS _____	€	<input type="checkbox"/> Nein
■ Unfallrente: <input type="checkbox"/> bis Endalter 65 <input type="checkbox"/> lebenslang	<input type="checkbox"/> Ja	Rente _____	€	<input type="checkbox"/> Nein
■ Unfall-Krankenhaus-Tagegeld mit Genesungsgeld:	<input type="checkbox"/> Ja	_____	€	<input type="checkbox"/> Nein
■ Übergangsleistung:	<input type="checkbox"/> Ja	_____	€	<input type="checkbox"/> Nein
■ Kosmetische Operationen (in der Regel mitversichert):	<input type="checkbox"/> Ja	_____	€	<input type="checkbox"/> Nein
■ Bergungskosten (in der Regel mitversichert):	<input type="checkbox"/> Ja	_____	€	<input type="checkbox"/> Nein
■ Sonstiges: _____				

Erfassungsbogen* für Unfallversicherung

Gewünschte Erweiterungen des Versicherungsschutzes

(Einschlüsse können, je nach Anbieter, ganz oder teilweise über Klauseln mitversichert werden)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Wünschen Sie den Einschluss einer dynamischen Anpassung des Vertrages an die steigenden Lebenshaltungskosten? (Dynamik) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Infektionsklausel, Insektenbisse und -stiche, Infektionen bei Ausübung des Berufs, Impfschäden | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ertrinken/Erfrieren/Ersticken/Verhungern/Verdursten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Bewusstseinsstörungen durch <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Medikamente<input type="checkbox"/> Alkohol bis 1,1 ‰<input type="checkbox"/> Herzinfarkt, Schlaganfall, Übermüdung | <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelvergiftung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Verbesserte Gliedertaxe | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Psychische und nervöse Störungen in Folge eines Unfalls | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Verbesserte Mitwirkungsregelung bei Krankheiten und Gebrechen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Verlängerte Anmeldefrist von Schadenfällen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Leistung als einmalige Kapitalzahlung auch nach dem 65. Lebensjahr | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Erweiterte Leistungen für Kinder bei Tod des Versorgers (z. B. Vollwaisenrente, erhöhte Todesfallleistung, etc.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Mitversicherung von tauchtypischen Gesundheitsschäden | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Umschulungsmaßnahmen und behinderungsbedingte Kosten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Sofortleistung/Vorschusszahlung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Rooming-in für Eltern in der Kinderunfallversicherung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Besondere Gliedertaxe für Zielgruppen, wie Ärzte, Musiker, o. ä. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Für welche besondere Berufsgruppe _____

Anmerkungen _____

Hiermit bestätigen wir, dass wir die Angaben wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht haben und mit unrichtigen Angaben unseren Versicherungsschutz gefährden.

Die Hinweise zum Datenschutz und der Speicherung und Weitergabe unserer Daten haben wir zur Kenntnis genommen.

Datum/Unterschrift Kunde/Interessent  _____

Datum/Unterschrift Partner  _____

Datum/Unterschrift Vermittler _____

* Haftungsausschluss: Der Ersteller kann trotz sorgfältigster Prüfung und Recherche keine Gewähr für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität dieses Druckstücks übernehmen. Hierfür sind allein der Vermittler und der Kunde verantwortlich. Weitere, hier nicht genannte oder erfasste, Risiken können die Risikosituation beeinflussen und weitergehenden Versicherungsbedarf auslösen.