

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: _____

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: _____

Unterschrift Kunde _____ Unterschrift Vermittler _____

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

² Zum Beispiel Vollwaisenrente, erhöhte Todesfallleistung.