



Risikoanalyse „private Unfallversicherung“ für

Name	
Vorname	
Strasse	
PLZ und Ort	
Geburtsdatum	

Anlass der Beratung:

() Anforderung eines Versicherungsvorschlages oder

() _____

Umfang der Beratung:

Damit vor allem gravierende Lücken in Ihrem Versicherungsschutz erkannt werden, raten wir Ihnen, eine Analyse der Risiken Ihres Haushalts durchführen zu lassen (umfassende Beratung). Wünschen Sie heute eine umfassende oder eine ausschließlich anlassbezogene Beratung?

Ich wünsche heute eine umfassende Beratung

Ich wünsche heute eine anlassbezogene Beratung zum Thema private Unfallversicherung.

Ich wünsche später eine umfassende Beratung.

Ich wünsche überhaupt keine Beratung. Senden Sie mir einen aus Ihrer Sicht kostengünstigen und leistungsstarken Versicherungsvorschlag zu. Mir ist bekannt, dass möglicherweise nicht alle wichtigen Risiken abgesichert sind.

Gewünschte Qualität des Versicherungsschutzes:

Ich wünsche die Absicherung existenzvernichtender Risiken und bin bereit, überschaubare Risiken selbst zu tragen. Ich lege Wert auf einen möglichst geringen Beitrag.

Ich wünsche die Absicherung existenzbedrohender Risiken und strebe ein ausgewogenes Preis-/Leistungsverhältnis an.

Ich wünsche die Absicherung existenzneutraler Risiken und möchte möglichst wenig Risiken selbst tragen. Die Beitragshöhe ist sekundär.

Allgemeine Angaben

Besteht oder bestand eine Unfallversicherung?

nein ja, beim Versicherer: _____ unter der Vertragsnummer: _____

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: _____

Risikoerfassung:

Welche Sportarten üben Sie aus? _____

Leiden oder littten Sie unter erheblichen Erkrankungen oder Gebrechen? Ja Nein

Sind Sie fehlsichtig über acht Dioptrien? Ja Nein

Gewünschte Leistungsarten und –summen

Achtung: Je mehr der nachfolgenden Leistungsextras Sie wünschen, desto weniger Tarife / Anbieter bleiben beim Vergleich übrig. Die **rot bzw. fett** kenntlich gemachten Fragen halten wir für sehr wichtig, die schwarzen für von Fall zu Fall wichtig und die **grün bzw. kursiv** kenntlich gemachten Fragen für eher unwichtig.

Leistung bei Vollinvalidität _____
oder alternativ: Invaliditätsgrundsumme _____

Gewünschte Progressionsstaffel ohne Progression 225% 300-350%
 Sonstig _____%

Todesfall: _____

Unfallrente: _____

Unfall-Tagegeld: _____ ab _____ Tag

Unfall-Krankenhaus-Tagegeld / Genesungsgeld: _____

Übergangsleistung: _____

Sofortleistung: _____

Bergungskosten: _____

Kosmetische Operationen: _____

Sonstige: _____



Gewünschte Erweiterungen des Versicherungsschutzes

Die **rot/fett** kenntliche gemachten Leistungserweiterungen halten wir für sinnvoll, die *grün/kursiv* kenntlich gemachten Erweiterungen für eher entbehrlich und die schwarz kenntlich gemachten je Einzelfall für eine sinnvolle Ergänzung des Versicherungsschutzes.

Erweiterung des Unfallbegriffs - sollen mitversichert werden:

Eigenbewegungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Erhöhte Kraftanstrengungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Erfrierungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ersticken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ertrinken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nahrungsmittelvergiftungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Leistungserweiterungen – sollen mitversichert werden:

Bewusstseinsstörungen durch Medikamente?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bewusstseinsstörungen durch Herzinfarkt oder Schlaganfall?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bewusstseinsstörungen durch epileptische Anfälle oder Krämpfe?	<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
Impfschäden?	<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
Eine verbesserte Regelung bei der Berücksichtigung bereits bestehender Beeinträchtigungen (Mitwirkungsanteil)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
wenn „ja“, auf mindestens _____ %		
Psychische und nervöse Störungen infolge eines Unfalls?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Eine verbesserte bzw. erweiterte Gliedertaxe?	<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
<i>Kosten für behinderungsbedingte Umbaumaßnahmen (Wohnung, Fahrzeug)?</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<i>Sofortleistung bei schweren Verletzungen?</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<i>Vorschusszahlung?</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<i>Erweiterte Leistungen für Kinder bei Tod des Versorgers¹?</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Assistanceleistungen, zum Beispiel Kosten für eine Haushaltshilfe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ort und Datum: _____

Unterschrift Mandant _____

¹ Zum Beispiel Vollwaisenrente, erhöhte Todesfalleistung.