

		Versicherungsmakler Helge Kühl Aschauer Weg 4 24214 Neudorf Tel. +49 (0) 4346 – 29 602 -00 Fax +49 (0) 4346 – 29 602 -07 E-Mail info@helgekuehl.de
---	--	---

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 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 derzeit eine Unfallversicherung?

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

gekündigt vom Versicherungsnehmer Versicherer zum: _____

Umfang der bestehenden Versicherung: _____

Bestand früher eine Unfallversicherung?

nein ja, beim Versicherer: _____

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

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

<i>Umschulungsmaßnahmen und behinderungsbedingte Kosten</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
<i>Sofortleistung/Vorschusszahlung</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
Haushaltshilfe	Ja	Nein
Infektionsklausel, Insektenbisse und -stiche	Ja	Nein
Infektionen bei Ausübung der Berufstätigkeit	Ja	Nein
Impfschäden	Ja	Nein
Nahrungsmittelvergiftungen	Ja	Nein
Verbesserte Gliedertaxe	Ja	Nein
Folgen psychischer und nervöser Störungen	Ja	Nein
Verbesserte Mitwirkungsregelung (3 AUB 99)	Ja	Nein
<i>Verlängerte Anmeldefrist¹</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
Leistung als einmalige Kapitalzahlung auch nach dem 65. Lebensjahr	Ja	Nein

Zusätzlich bei Kinderunfall

<i>Nachhilfegeld bei Schulunfähigkeit</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<i>Rooming-In-Leistungen</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<i>Vergiftungen bei Kindern über 10 Jahre</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Durch Krankheiten verursachte Invalidität und/oder Erwerbsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wünschen Sie den zusätzlichen Abschluss einer Kinderinvaliditätsversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wünschen Sie den Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung mit Schuldienstklausel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ort und Datum: _____

Unterschrift Kunde _____

¹ Obligatorisch 15 Monate gem. § 2.1.1.1. AUB 99