



Versicherungsservice für DJV-Mitglieder

**Helge Kühl**  
Versicherungsmakler e.K.  
Aschauer Weg 4, 24214 Neudorf  
Tel. (04346) 29602-00, Fax (04346) 29602-07  
E-Mail info@helgekuehl.de

<http://vs.djv.de>

## Risikoanalyse „Kinder-Invaliditätsabsicherung“ 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 Absicherung des Invaliditätsrisikos bei Kindern. 
- 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 wenige Risiken selbst tragen. Die Beitragshöhe ist sekundär.



Versicherungsservice für DJV-Mitglieder

**Helge Kühl**  
Versicherungsmakler e.K.  
Aschauer Weg 4, 24214 Neudorf  
Tel. (04346) 29602-00, Fax (04346) 29602-07  
E-Mail info@helgekuehl.de

<http://vs.djv.de>

## Allgemeine Angaben

Besteht derzeit eine Absicherung?

nein  ja, beim Versicherer: \_\_\_\_\_ unter der Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Absicherungsform:

- Kinder-Unfallversicherung  
 Kinder-Invaliditätsversicherung  
 Berufsunfähigkeitsversicherung  
 Funktions-Invaliditätsversicherung

gekündigt vom  Versicherungsnehmer  Versicherer zum: \_\_\_\_\_

Umfang der bestehenden Versicherung: \_\_\_\_\_

Bestand früher eine Absicherung?

nein  ja, beim Versicherer: \_\_\_\_\_

Absicherungsform:

- Kinder-Unfallversicherung  
 Kinder-Invaliditätsversicherung  
 Berufsunfähigkeitsversicherung  
 Funktions-Invaliditätsversicherung

gekündigt vom  Versicherungsnehmer  Versicherer zum: \_\_\_\_\_

### Welche Absicherungsform wünschen Sie?

**Kinder-Invaliditätsversicherung** 

Gewünschte Rentenhöhe monatlich \_\_\_\_\_ €

**Berufsunfähigkeitsversicherung** 

Gewünschte Rentenhöhe monatlich \_\_\_\_\_ €

Gewünschte Laufzeit bis Alter \_\_\_\_\_ Jahre

Aktuelles Schulklassenjahr \_\_\_\_\_ Schulart \_\_\_\_\_

**Funktionsinvaliditätsversicherung** 

Gewünschte Rentenhöhe monatlich \_\_\_\_\_ €

**Kinder- Unfallversicherung** 

**Gewünschter Leistungsumfang gemäß nachfolgender Risikoanalyse**



## 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:

*Unfall-Krankenhaus-Tagegeld / Genesungsgeld:*

*Übergangsleistung:*

*Sofortleistung:*

Bergungskosten:

Kosmetische Operationen:

Sonstige: .....

## Gewünschte Erweiterungen des Versicherungsschutzes

*Umschulungsmaßnahmen (nur Interrisk, Interlloyd, Volkswohlbund, VHV)*

Ja  Nein

*Behinderungsbedingte Kosten*

Ja  Nein

*Sofortleistung/Vorschusszahlung*

Ja  Nein

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

*Verlängerte Anmeldefrist<sup>1</sup>*

Ja  Nein

Leistung als einmalige Kapitalzahlung auch nach dem 65. Lebensjahr

Ja  Nein

<sup>1</sup> Obligatorisch 15 Monate gem. § 2.1.1.1. AUB 99



Versicherungsservice für DJV-Mitglieder

**Helge Kühl**  
Versicherungsmakler e.K.  
Aschauer Weg 4, 24214 Neudorf  
Tel. (04346) 29602-00, Fax (04346) 29602-07  
E-Mail info@helgekuehl.de

<http://vs.djv.de>

### Zusätzlich bei Kinderunfall

- Nachhilfegeld bei Schulunfähigkeit*  Ja  Nein
- Rooming-In-Leistungen*  Ja  Nein
- Vergiftungen bei Kindern über 10 Jahre*  Ja  Nein

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Mandant \_\_\_\_\_