

Risikocheck zur Unfallversicherung

Anlass der Beratung: Prüfung der bestehenden privaten Unfallversicherung			
Versicherungsnehmer		Gesellschaft	
Vertragsnummer		Beginndatum	Ablaufdatum
Zahlungsweise	<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> monatlich	Beitrag gemäß ZW €

Derzeitiger Versicherungsumfang

Name VP:					
Geburtsdatum:					
Vollinvalidität:	€	€	€	€	€
Progression:	%	%	%	%	%
Unfallrente:	€	€	€	€	€
Todesfall:	€	€	€	€	€
Krankenhausgeld:	€	€	€	€	€
Genesungsgeld:	€	€	€	€	€
Übergangsleistungen:	€	€	€	€	€

Fragen zum Risiko und Versicherungsumfang

Ausgeübter Beruf:					
--------------------------	--	--	--	--	--

Wichtiger Hinweis: Kein Versicherungsschutz kann u. a. gewährt werden für Artisten /Akrobaten, Flugzeugbesatzungen /Drachenflieger und Personen mit ähnlichen Flughobbys, Schiffsbesatzungen, Rennfahrer /-reiter, Sprengmeister und -helfer, Steiger- und Räumungspersonal für Munition /explosive Stoffe, Berufs-/Vertrags- und Lizenzsportler.

Üben Sie in Ihrem Beruf bzw. in Ihrer Freizeit gefährliche Tätigkeiten bzw. Sportarten aus? Ja, welche

Empfehlenswert ist eine Vollinvaliditäts-Absicherung pro Person in Höhe von mind. 6 Nettojahresgehältern!

Wünschen Sie eine Anpassung der oben genannten Versicherungssummen? Ja, in Höhe von €

Gesundheitsfragen	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
In den letzten 5 Jahren Unfälle erlitten, die eine ärztliche Behandlung erforderlich machen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja, Art des Unfalls und Umfang der Verletzung, sowie Behandlung					
Ärztliche Beratung, Untersuchung oder Behandlung in den letzten 5 Jahren wegen einer schweren Erkrankung?*	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja, Art der Erkrankung und gegebenenfalls Grad der Ausheilung					
Ist Ihr Sehvermögen um mehr als 8 Dioptrien gemindert?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja, tatsächliche Dioptrien:	L: R:	L: R:	L: R:	L: R:	L: R:

* Schwere Erkrankungen, die eine Krankenhausbehandlung erforderlich machen, eine Schwerbehinderung zur Folge haben, oder eine regelmäßige Behandlung oder Medikamenteneinnahme erforderlich machen