

## Risikoanalysebogen Unfallversicherung

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| Firma                                    |   | ☎ Telefon  |   |
| Namenszusatzbezeichnung                  |   | 📱 Mobil  |   |
| Gesellschaftsform                        |   | 📠 Fax  |   |
| Straße                                   |   | ✉ E-mail   |   |
| Postfach                                 |   | 🌐 Internet   |   |
| PLZ/ Ort                                 |   |  |   |
| Ansprechpartner                          |   |  |   |
| Besteht derzeit eine Unfallversicherung? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Wenn ja, bei welchem Versicherer unter der Vertragsnummer<br><br><input type="checkbox"/> gekündigt vom<br><br><input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer<br><input type="checkbox"/> Versicherer zum: | Umfang der bestehenden Versicherung  |   |
| Bestand früher eine Unfallversicherung?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Wenn ja, bei welchem Versicherer unter der Vertragsnummer<br><br><input type="checkbox"/> gekündigt vom<br><br><input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer<br><input type="checkbox"/> Versicherer zum: | Haben Sie oder die anderen zu versichernden Personen in den letzten 5 Jahren Unfälle erlitten? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Wenn ja,<br><br>Art des Unfalls:<br><br>Anzahl der Unfälle:<br><br>Höhe der Unfälle in €:  |
| Welche Sportarten üben Sie aus?          |   | Leiden oder litten Sie unter erheblichen Erkrankungen oder Gebrechen?                          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein   |
| Sind Sie fehlsichtig über 8 Dioptrien?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein   | Gewünschte Leistungsarten und –summen:   | <input type="checkbox"/> Invalidität/ Vollinvalidität: (Progression bzw. Mehrleistung) in €:<br><br><input type="checkbox"/> Todesfall in €:<br><br><input type="checkbox"/> Unfallrente in €:<br><br><input type="checkbox"/> Unfall-Tagegeld in €:<br>ab                      Tag<br><br><input type="checkbox"/> Unfall-Krankenhaus-Tagegeld/ Genesungsgeld in €:<br><br><input type="checkbox"/> Übergangsleistung in €:<br><br><input type="checkbox"/> Sofortleistung in €:<br><br><input type="checkbox"/> Bergungskosten in €:<br><br><input type="checkbox"/> Kosmetische Operationen in €:<br><br><input type="checkbox"/> Sonstige in €: |

## Risikoanalysebogen Unfallversicherung

|  |  |                               |                               |
|--|--|-------------------------------|-------------------------------|
| Wünschen Sie eine Erweiterung des Versicherungsschutzes zu         | Umschulungsmaßnahmen und behinderungsbedingte Kosten                         | <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Nein |
|  | Sofortleistung/ Vorschusszahlung   | <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Nein |
|  | Haushaltshilfe   | <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Nein |
|  | Infektionsklausel, Insektenbisse und -stiche, Infektionen bei                | <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Nein |
|  | Ausübung der Berufstätigkeit, Impfschäden                                    | <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Nein |
|  | Bewusstseinsstörungen durch Medikamente                                      | <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Nein |
|  | Nahrungsmittelvergiftungen   | <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Nein |
|  | Verbesserte Gliedertaxe  | <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Nein |
|  | Folgen psychischer und nervöser Störungen                                    | <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Nein |
|  | Verbesserte Mitwirkungsregelung (3 AUB 99)                                   | <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Nein |
|  | Verlängerte Anmeldefrist<br>(Obligatorisch 15 Monate gem. § 2.1.1.1. AUB 99) | <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 |                               |
| 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 |
|  | Vergiftungen bei Kindern über 10 Jahren                                      | <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Nein |
|  | Durch Krankheiten verursachte Invalidität und/ oder Erwerbsunfähigkeit       | <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Nein |
|  | BU-Versorgung  | <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Nein |
|  | Altersversorgung   | <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gesprächspartner und weitere Anwesende                             |  | Beratungsort und Datum        |                               |
| Unterschrift Kunde   |  | Unterschrift Makler           |                               |