

## Risikoanalyse für die Unfallversicherung

**Kunde/Interessent:** \_\_\_\_\_

### Allgemeine Angaben

Besteht derzeit eine Unfallversicherung?

nein

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

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

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

Falls nein: Bestand früher eine Unfallversicherung?

nein

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

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

Invalidität/Vollinvalidität (Progression bzw. Mehrleistung): \_\_\_\_\_

Todesfall: \_\_\_\_\_

Unfallrente: \_\_\_\_\_

Unfall-Tagegeld: \_\_\_\_\_ ab \_\_\_\_\_. Tag

Unfall-Krankenhaus-Tagegeld / Genesungsgeld: \_\_\_\_\_

Übergangsleistung: \_\_\_\_\_

Sofortleistung: \_\_\_\_\_

Bergungskosten: \_\_\_\_\_

Kosmetische Operationen: \_\_\_\_\_

Sonstige: ..... \_\_\_\_\_

## Gewünschte Erweiterungen des Versicherungsschutzes

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 Ausübung der Berufstätigkeit, Impfschäden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bewusstseinstörungen 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
Psychischer und nervöser Störungen infolge eines Unfalls	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verbesserte Mitwirkungsregelung (3 AUB 99)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verlängerte Anmeldefrist <sup>2</sup>	<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
Durch Krankheiten verursachte Invalidität und/oder Erwerbsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### Datenschutzklausel

Der Kunde willigt ein, dass Daten aus der Risikoanalyse an Versicherer, Maklerpools und Assekuradeure im erforderlichen Umfang übermittelt werden dürfen. Die Einwilligung zur Datenübermittlung erstreckt sich auch auf die Übermittlung von Daten an Rückversicherer. Gesundheitsdaten dürfen nur übermittelt werden, soweit dies zur Vertragsvermittlung erforderlich ist.

Gesprächspartner und  
weitere Anwesende \_\_\_\_\_

Beratungsort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Kunde \_\_\_\_\_ Unterschrift Vermittler \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Obligatorisch 15 Monate gem. § 2.1.1.1. AUB 99