

Risikoanalyse für die Unfallversicherung

Anrede: Frau Herr

Name, Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Str., Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

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?

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: _____

Wünschen Sie eine der folgenden Erweiterungen des Versicherungsschutzes?

Umschulungsmaßnahmen und behinderungsbedingte Kosten ja nein

Sofortleistung/Vorschusszahlung ja nein

Haushaltshilfe ja nein

Infektionsklausel, Insektenbisse und -stiche, Infektionen bei Ausübung der Berufstätigkeit, Impfschäden? ja nein

Bewusstseinsstörungen durch Medikamente, Herzinfarkt, Schlaganfall, Übermüdung? ja nein

Nahrungsmittelvergiftungen ja nein

Verbesserte Gliedertaxe ja nein

Psychische und nervöse Störungen infolge eines Unfalls ja nein

Verbesserte Mitwirkungsregelung ja nein

Verlängerte Anmeldefrist ja nein

Leistung als einmalige Kapitalzahlung auch nach dem 65. Lebensjahr ja nein

Erweiterte Leistungen für Kinder bei Tod des Versorgers ja nein

SPAR-SICHER24

VERGLEICHEN-BUCHEN-SPAREN

Ertrinken/Erfrieren/Ersticken/Verhungern/Verdursten

ja nein

Zusätzlich bei Kinderunfall

Nachhilfegeld bei Schulunfähigkeit

ja nein

Rooming-In-Leistungen

ja nein

Durch Krankheiten verursachte Invalidität und/oder Erwerbsunfähigkeit

ja nein

Gesprächspartner und weitere Anwesende _____

Beratungsort und Datum: _____

Unterschrift Kunde _____ Unterschrift Vermittler info@spar-sicher24.de