

Beratungsprotokoll 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 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Verlängerte Anmeldefrist | <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 |

Gesprächspartner und weitere Anwesende _____

Beratungsort und Datum: _____

Unterschrift Kunde _____ Unterschrift Vermittler _____