

Kunde / Interessent: _____

Allgemeine Angaben

Besteht oder bestand eine **Unfallversicherung**? Nein Ja, beim Versicherer _____
 unter der Vertragsnummer _____

Versicherungsbeginn _____ Versicherungsablauf _____

gekündigt vom _____
 Versicherungsnehmer Versicherer zum: _____

Umfang der bestehenden Versicherung: _____

Sind in den letzten **fünf Jahren Schäden** eingetreten? Nein Ja, **Art, Anzahl** und **Höhe** der Schäden

Gewünschte Leistungsarten und -summen

Wie soll die Unfallinvaliditätsleistung ausgestaltet sein? Hohe Leistung bei niedr. Invalidität
 Hohe Leistung bei Vollinvalidität

Invalidität/Vollinvalidität (Progression bzw. Mehrleistung) _____ €

Todesfall _____ €

Unfallrente _____ €

Unfall-Tagegeld _____ € ab ____ . Tag

Unfall-Krankenhaus-Tagegeld / Genesungsgeld _____ €

Übergangsleistung _____ €

Sofortleistung _____ €

Bergungskosten _____ €

Kosmetische Operationen _____ €

Sonstige: _____ €

Was soll zusätzlich mitversichert werden? (Gewünschte Erweiterungen des Versicherungsschutzes)

Kosten für **Umschulungsmaßnahmen**? Nein Ja

Kosten für **behinderungsbedingte Umbaumaßnahmen** (Wohnung, Fahrzeug)? Nein Ja

Vorschusszahlung oder eine Sofortleistung bei schweren Verletzungen? Nein Ja

Assistance-Leistungen, z. B. Kosten für eine Haushaltshilfe? Nein Ja

Infektionen infolge von **Insektenbisse und -stiche**? Nein Ja

Weitere Infektionen, z. B. bei Ausübung der **Berufstätigkeit**? Nein Ja

Impfschäden? Nein Ja

Bewusstseinsstörungen durch Medikamente, Herzinfarkt, Schlaganfall, Übermüdung?¹ Nein Ja

Nahrungsmittelvergiftungen? Nein Ja

Eine **verbesserte** bzw. **erweiterte Gliedertaxe**? Nein Ja

Psychische und **nervöse Störungen** infolge eines Unfalls? Nein Ja

Eine Verbesserte Regelung bei der Berücksichtigung bereits bestehender Beeinträchtigungen (**Mitwirkungsanteil**)? Nein Ja

Verlängerte Fristen für die Geltendmachung und Feststellung eines Invaliditätsschadens? Nein Ja

Leistung als **einmalige Kapitalzahlung** auch nach dem 65. Lebensjahr? Nein Ja

Erweiterte Leistungen für **Kinder** bei **Tod des Versorgers**?² Nein Ja

Ertrinken/Erfrieren/Ersticken/Verhungern/Verdurstens?¹ Nein Ja

¹ Einschlüsse können - je nach Anbieter - über eine oder mehrere Klauseln mitversichert werden
² z. B. Vollwaisenrente, erhöhte Todesfallleistung

Was soll zusätzlich mitversichert werden? (Gewünschte Erweiterungen des Versicherungsschutzes - Fortsetzung)

Erweiterung der Mitversicherung erhöhter Kraftanstrengung und Mitversicherung von Eigenbewegungen ?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Zusätzlich bei Kinderunfall	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Nachhilfegeld bei Schulunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Rooming-In-Leistungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Durch Krankheiten verursachte Invalidität und/oder Erwerbsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Sonstiges & Termindetails

Anmerkungen _____

Gesprächspartner und weitere Anwesende _____
 Beratungsort und Datum _____

Unterschrift(en) von Person 1 und Person 2, wenn vorhanden oder ggf. des bzw. der gesetzl. Vertreter(s)

Stempel / Unterschrift Makler