

## 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**

Bauch- und Unterleibsbrüche	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tauchtypische Gesundheitsschädigungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ertrinken oder Ersticken	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rettung von Personen oder Sachen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Erfrierungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nahrungsmittelvergiftungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Infektionen durch Verletzung Haut/Schleimhäute oder plötzliches Eindringen von bestimmten Krankheitserregern.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Infektionen durch Tollwut, Wundstarrkrampf oder Wundinfektionen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bewusstseinstörung durch Alkohol/Medikamente <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verlängerte Anmeldefrist <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verbesserte Gliedertaxe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Übergangsleistung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Vorsorge Neugeborene	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mitwirkungsanteil	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verdienstaufschlag Selbständige	<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>1</sup> Obligatorisch 15 Monate gem. § 2.1.1.1. AUB 99  
<sup>2</sup> bei motorisierten Fzg. bis 1,3 %