

Beratung durch:

artemis Versicherungsmakler GmbH
Am Felde 132 • 22765 Hamburg
Tel.: 040/ 3808935-100 • Fax: 040/ 3808935-101
info@artemis-makler.de
http://www.artemis-makler.de

Versicherungsnehmer:

Persönlicher Ansprechpartner:

<p>1. Versicherte Person</p>	
<p>Name, Geburtsdatum, Geschlecht und Beruf der versicherten / zu versichernden Personen Bitte jede Person in gesondertem Fragebogen aufnehmen</p>	<p>Name <input type="text"/> Vorname <input type="text"/> Beruf <input type="text"/> Geburtsdatum <input type="text"/> Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich</p>
<p>2. Gesundheitsfragen</p>	<p>- nur zur Orientierung - maßgeblich sind die Antragsfragen des jeweiligen Versicherers! -</p>
<p>2.1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren wesentliche gesundheitliche Beeinträchtigungen? Wesentlich sind insbesondere Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen, die - in den letzten 5 Jahren zur Behandlung in einem Krankenhaus oder zu einer ambulanten Gelenkoperation geführt haben - regelmäßig in den letzten 12 Monaten mit Medikamenten behandelt wurden - zu einer Schwerbehinderung geführt haben - eine Sehschwäche von 8 und mehr Dioptrien darstellen</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, genauere Informationen <input type="text"/></p>
<p>2.2. Liegen weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen vor, nach denen bis jetzt nicht ausdrücklich gefragt wurde?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/></p>
<p>2.3. Üben Sie gefährliche Hobbys (z.B. Fallschirmspringen, Rafting, Bungee-Jumping, Free-Climbing, Segelfliegen, Kampfsport) aus?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche? <input type="text"/></p>
<p>3. Pauschale Ermittlung der gewünschten Versicherungssummen und des gewünschten Versicherungsschutzes</p>	<p>Die nachfolgenden Berechnungen sind nur als Vorschlag zu verstehen. Je nach persönlicher Situation muss davon abgewichen werden - insbesondere wenn bereits durch andere Versicherungen eine (Teil-)Absicherung besteht.</p>

Risikoerfassung Unfallversicherung / Seite 2/4

<input type="checkbox"/> Invaliditätssumme Vorschlag: Jahreseinkommen x 3, mind 100.000 Euro	<input type="text"/> Euro
<input type="checkbox"/> Progression:	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> 200% - 250% <input type="checkbox"/> 300% - 350% <input type="checkbox"/> 400% - 500% <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Todesfalleistung Soll dieses Risiko über die Unfallversicherung, oder eine separate Risikolebensversicherung (Ri-LV) abgedeckt werden? Vorschlag: Die Todesfalleistung sollte ca. in Höhe des 250-fachen monatlichen Kapitalbedarf der Hinterbliebenen (zzgl. offener Kredite) abgesichert werden	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> Absicherung über Ri-LV <input type="checkbox"/> Unfalltod: <input type="text"/> Euro
<input type="checkbox"/> Krankenhaustagegeld / Genesungsgeld Soll ein Ausgleich der finanziellen Mehrbelastung aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes über die Unfallversicherung oder über eine Krankenversicherung erfolgen? Vorschlag: Um einen Ausgleich zum verminderten Krankentagegeld zu erhalten, sollte ca 2 % des monatlichen Nettoeinkommens abgesichert werden.	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> Absicherung über Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Unfall-KHTG: <input type="text"/> Euro pro Tag
<input type="checkbox"/> Unfallrente Soll eine Rentenleistung über die Unfallversicherung, oder über eine separate Berufsunfähigkeitsversicherung (BU) dargestellt werden? Vorschlag: Wenn eine Unfallrente gewünscht wird, sollte diese ca. die Höhe des monatlichen Nettoeinkommens erreichen.	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> Absicherung über BU <input type="checkbox"/> Unfallrente: <input type="text"/> Euro pro Monat
<input type="checkbox"/> Sofortleistung, Übergangsleistung, Assistance-Leistungen Wünschen Sie den Einschluss dieser Leistungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , <input type="checkbox"/> Sofortleistung <input type="text"/> Euro <input type="checkbox"/> Übergangsleistung <input type="text"/> Euro <input type="checkbox"/> Assistance-Leistungen
Weitere Einschlüsse Sind nachfolgend aufgeführte Positionen mit den angegebenen Summen ausreichend? <ul style="list-style-type: none"> • Bergungskosten: 5.000 Euro • kosmetische Operationen: 5.000 Euro • Kurkostenbeihilfe: 1.000 Euro 	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja Wenn nein , bitte gewünschte Mindestsumme: <input type="text"/>
4. Gewünschte Zahlweise und Zahlungsart	<input type="checkbox"/> per Rechnung <input type="checkbox"/> per Lastschrift <input type="checkbox"/> 1/1- <input type="checkbox"/> 1/2- <input type="checkbox"/> 1/4- <input type="checkbox"/> 1/12- jährlich
5. Vorversicherung	

5.1. Besteht oder bestand eine Vorversicherung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , Gesellschaft <input type="text"/> Vers.Nr. <input type="text"/> Ablauf <input type="text"/> Kündigung durch <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer
5.2. Versicherungsumfang der bestehenden Versicherung	<input type="checkbox"/> Inv.Grundsumme <input type="text"/> Euro <input type="checkbox"/> Progression <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> Todesfalleistung <input type="text"/> Euro <input type="checkbox"/> KHTG <input type="text"/> Euro pro Tag <input type="checkbox"/> Genesungsgeld <input type="text"/> Euro pro Tag <input type="checkbox"/> Unfallrente <input type="text"/> Euro pro Monat <input type="checkbox"/> Sofortleistung <input type="text"/> Euro <input type="checkbox"/> Übergangsleistung <input type="text"/> Euro <input type="checkbox"/> Assistance-Leistungen
5.3. Anzahl, Art und Höhe der Vorschäden in den letzten 5 Jahren	<input type="checkbox"/> keine <input type="text"/>
6. Wird weiterer Versicherungsschutz gewünscht: Berufsunfähigkeitsversicherung Erwerbsunfähigkeitsversicherung Krankenzusatzversicherung Dread Disease	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welcher? <input type="text"/>
7. Sonstige Hinweise, Bemerkungen	<input type="text"/>
8. Einverständniserklärung zur Datenweitergabe und Belehrung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

_____ Datum, Unterschrift des Versicherungsmaklers	_____ Datum, Unterschrift des Kunden
Interne Notizen	
Mitarbeiter: <input style="width: 280px; height: 15px;" type="text"/> Datum : <input style="width: 280px; height: 15px;" type="text"/> Uhrzeit: Von <input style="width: 120px; height: 15px;" type="text"/> bis <input style="width: 120px; height: 15px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben <input type="checkbox"/> persönliche Besprechung <input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden <input type="checkbox"/> <input style="width: 260px; height: 15px;" type="text"/>