

Versicherungs- & Büroservice

Dipl.Ing. Eckhard Polzin

Versicherungsmakler

Funk: 0178 / 2516562

Lindenring 2
06188 Peißen

Tel.: 0345 / 5635568

Fax: 0345 / 5635569



Risikoanalyse für die Unfallversicherung

Kunde/Interessent: _____

Adresse: _____

Telefon / E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Allgemeine Angaben

Besteht derzeit eine Unfallversicherung? nein ja,
beim Versicherer: _____ VSNR: _____

gekündigt vom Versicherungsnehmer Versicherer zum: _____

Umfang der bestehenden Versicherung:

Falls nein: Bestand früher eine Unfallversicherung? nein ja,
beim Versicherer: _____ VSNR: _____

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 fahrsichtig über acht Dioptrien? Ja Nein

Gewünschte Leistungsarten und -summen

Invalidität/Vollinvalidität (Progression bzw. Mehrleistung): _____

Todesfall: _____

Unfallrente: _____

Unfall-Tagegeld: _____ ab _____ Tag

Inh.: Dipl.Ing. Eckhard Polzin

Steuer-Nr.: 111/257/00626

Registr.-Nr.: D-0TFC-7JC2I-19

Stadt- und Saalkreissparkasse Halle

Kto.-Nr.: 388 311 422

BLZ: 800 537 62

Versicherungs- & Büroservice

Dipl.Ing. Eckhard Polzin

Versicherungsmakler

Funk: 0178 / 2516562

Lindenring 2
06188 Peißen

Tel.: 0345 / 5635568

Fax: 0345 / 5635569



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 (3 AUB 99)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verlängerte Anmeldefrist ¹	<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

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.

Unterschrift Kunde _____

¹ Obligatorisch 15 Monate gem. § 2.1.1.1. AUB 99