

Beratungsprotokoll Unfall

Kunde/Interessent: _____

weitere Anwesende: _____

Makler / Datenerfasser: _____

Allgemeine Angaben zur Unfallversicherung:

Besteht derzeit oder bestand vorher eine Unfallversicherung?

nein ja, beim Versicherer: _____ unter der Vertragsnummer _____

ungekündigt gekündigt vom Versicherungsnehmer Versicherer zum: _____

Haben Sie oder die anderen zu versichernden Personen in den letzten fünf Jahren Unfälle erlitten?

nein ja, Welche Person, Art, Höhe und Datum der Schäden:

Liegen oder Lagen in den letzten 5 Jahren körperliche Fehler, Gebrechen oder erhebliche gesundheitliche Störungen vor, wie z.B. Diabetes, Epilepsie, oder Krankheiten mit einer Behandlungsdauer von mehr als 14 Kalendertagen? Wurden Behandlungen in einem Krankenhaus oder eine ambulante Gelenk-OP durchgeführt? Besteht eine Schwerbehinderung?

nein ja, Welche Person, Art der Störungen, seit wann, bestehen noch Beschwerden oder Folgen daraus:

Nehmen oder Nahmen Sie in den letzten 12 Monaten regelmäßig Medikamente ein?

nein ja, Welche Person, Warum, Welche Medikamente, Wie lange:

Besteht eine Fehlsichtigkeit (8 Dioptrien und darüber)?

nein ja, Welche Person, Art der Störungen:

Sind Sie Kradfahrer (Motorrad, Motorroller)? nein ja

Nehmen Sie an Rennen zur Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten teil? nein ja

Gewünschte Qualität des Versicherungsschutzes:

- Ich wünsche die Absicherung existenzvernichtender Risiken und bin bereit, überschaubare Risiken selbst zu tragen. Ich lege Wert auf einen möglichst geringen Beitrag.
- Ich wünsche die Absicherung existenzbedrohender Risiken und strebe ein ausgewogenes Preis-/Leistungsverhältnis an.
- Ich wünsche die Absicherung existenzneutraler Risiken und möchte möglichst wenige Risiken selbst tragen. Die Beitragshöhe ist sekundär.

Versicherungsnehmer / in		Absicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name:	Geburtsdatum:	z.Zt. ausgeübter Beruf:		
		körperlich tätig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonst. Nebentätigkeiten:		gefährl. Hobbys/Sportarten:		
Partner / in		Absicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name:	Geburtsdatum:	z.Zt. ausgeübter Beruf:		
		körperlich tätig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonst. Nebentätigkeiten:		gefährl. Hobbys/Sportarten:		

1. Kind		Absicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name:	Geburtsdatum:	z.Zt. ausgeübter Beruf:		
		körperlich tätig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonst. Nebentätigkeiten:		gefährl. Hobbys/Sportarten:		
2. Kind		Absicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name:	Geburtsdatum:	z.Zt. ausgeübter Beruf:		
		körperlich tätig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonst. Nebentätigkeiten:		gefährl. Hobbys/Sportarten:		
3. Kind		Absicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name:	Geburtsdatum:	z.Zt. ausgeübter Beruf:		
		körperlich tätig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonst. Nebentätigkeiten:		gefährl. Hobbys/Sportarten:		
Unfallbegriff				
Ein bedingungsgemäßer Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung oder den Tod erleidet. Gemäß den Bedingungen gilt es auch als Unfall, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden (außer Bandscheibe und Meniskus).				
Wichtige Ausschlüsse - soweit nicht ausdrücklich mitversichert - sind beispielsweise:				
Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, (auch Trunkenheit), sowie Schlag-, epileptische- und sonstige Krampfanfälle Unfälle im Zusammenhang mit einer Straftat / Teilnahme an Fahrtveranstaltungen Unfälle bei der Benutzung von Luftfahrzeugen mit/ ohne Motor, sowie beim Fallschirmspringen Infektionen/ Vergiftungen/ innere Blutungen/ Gesundheitsschädigungen durch Strahlen.				
Ihre Wunschleistung:				
Invaliditätsleistung (ohne Progression)		Absicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Die Versicherungssumme sollte nicht unter dem 5-6 fachen des Jahreseinkommens liegen!		Versicherungssumme:		€
Versicherungssumme für Partner/ in und Kinder:				€
Invaliditätsleistung (mit Progression)		Absicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Die Progression sollte zwischen 300 – 500 % liegen. Wichtig ist jedoch eine ausreichend hohe Grundsumme zu vereinbaren, zur besseren Absicherung im unteren Invaliditätsgradbereich		Progression:		%
Progression für Partner/ in und Kinder:				%
Progressive Invaliditätsversicherung bedeutet, dass es ab einem bestimmten Invaliditätsgrad (meist ab 25%) höhere Leistungen als der tatsächliche Invaliditätsgrad gezahlt werden, zur besseren Absicherung im oberen Invaliditätsgradbereich				
Unfallrente		Absicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Soll die Rente im Leistungsfall ansteigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Monatliche Rentenhöhe:		€
Monatliche Rentenhöhe für Partner/ in und Kinder:				€
Die finanzielle Absicherung gegen Unfallfolgen ist durch eine Einmalzahlung nicht optimal gewährleistet. Deshalb ist eine Abdeckung der monatlichen Lebenshaltungskosten durch eine Unfall-Rente ab 50% Invaliditätsgrad sinnvoll. Die Höhe der Unfall-Rente sollte einschließlich zusätzlich bestehender privater Berufsunfähigkeitsrenten mindestens 80 % des Bruttoeinkommens betragen. Bei Mitversicherung von Kindern und Partnern ohne eigenes Einkommen sollte die Invaliditätsabsicherung unter Berücksichtigung des Lebensstandards der Familie bei mindestens 50 % der Absicherung des Versicherungsnehmers liegen.				
Übergangsleistung		Absicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Auszahlung der vereinbarten Geldleistung nach Ablauf von 6 Monaten nach Eintritt des Unfalls		Versicherungssumme:		€
Versicherungssumme für Partner/ in und Kinder:				€
Unfall-Tagegeld		Absicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tagegeld (während der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit) wird abgestuft nach dem Invaliditätsgrad - längstens jedoch für 1 Jahr Leistung		Tagegeldhöhe:		€
		für Partner/ in und Kinder:		€
Unfall-Krankenhaus-Tagegeld:		Absicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
während der medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Krankenhaus - längstens jedoch für 2 Jahre Leistung		Tagegeldhöhe:		€
Tagegeldhöhe für Partner/ in und Kinder:				€

Todesfalleistung (unfallbedingt)	Absicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bei Unfalltod innerhalb eines Jahres. Bis zur endgültigen Feststellung des Invaliditätsgrades kann bis Höhe der Todesfalleistung eine Vorschusszahlung beantragt werden.	Versicherungssumme:		€
Versicherungssumme für Partner/ in und Kinder:			€
Wünschen Sie die höhere Absicherung der beitragsfreien Leistung:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Für kosmetische Operationen?	Versicherungssumme:		€
Für Bergungskosten?	Versicherungssumme:		€
Für Kurkostenbeihilfe?	Versicherungssumme:		€
Gewünschte Erweiterungen des Versicherungsschutzes			
Infektionsklausel, Insektenbisse und -stiche, Impfschäden	Absicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nahrungsmittelvergiftungen	Absicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Durch Herzinfarkt/Schlaganfall verursachte Unfälle	Absicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verbesserte Gliedertaxe	Absicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Psychische Störungen infolge eines Unfalls	Absicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verbesserte Mitwirkungsregelung (mehr als 25%)	Absicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verlängerte Anmeldefrist (über 12 Monate)	Absicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bewusstseinsstörungen durch Medikamente	Absicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mitversicherung tauchtypischer Gesundheitsschäden?	Absicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kapitalzahlung auch nach dem 65. Lebensjahr	Absicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schäden durch Eigenbewegung	Absicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Teilnahme an lizenzfreien Motorsportveranstaltungen	Absicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schwere Krankheiten (Krebs, Schlaganfall, Herzinfarkt)	Absicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Krankheitsbedingte Invalidität bei Kindern	Absicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Dynamische Erhöhung von Beitrag und Leistung	Absicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie weitere Wünsche (Deckungseinschlüsse, sonstige Erweiterungen usw.)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Welche?			
Tarifizierung als: Beamte, öffentlicher Dienst?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wünschen Sie zugunsten eines Beitragsnachlass eine Vertragslaufzeit von 3 Jahren?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gewünschte Zahlweise: <input type="checkbox"/> Jährlich <input type="checkbox"/> Halbjährlich 3% <input type="checkbox"/> Vierteljährlich 5% <input type="checkbox"/> Mtl. 6-7% Zuschlag			

Weitere Erläuterungen oder Ergänzungen:

Ich habe nach Aufklärung durch den Makler die Hintergründe und Unterschiede der verschiedenen Produkte verstanden.

Ja Nein - was ist offen geblieben?

Sämtliche Angaben sind vom Versicherungsnehmer, nachdem der Makler dem Versicherungsnehmer die Begriffe und Fragen ausführlich erklärt hat, wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet worden. Für etwaige Fehler wegen falscher Angaben trägt der Versicherungsnehmer die alleinige Verantwortung. Jegliche Veränderungen (der Lebenssituation, der Berufstätigkeit, des Risikos usw.), sind dem Versicherungsmakler unverzüglich mitzuteilen!

Die Verantwortung und Haftung für unzutreffende und nicht erfolgte Informationen trage ich selbst. Das vorgenannte Protokoll wurde mir vorgelegt, ich habe es gelesen und bestätige mit meiner nachstehenden Unterschrift die Richtigkeit des Protokollinhaltes.

Ort, Datum der Beratung

Unterschrift Auftraggeber/Interessent

Unterschrift Vermittler/Makler