

## Datenerhebung – Risikoprofil Unfall

### Legitimation:

Name/Firma: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Anrede/Titel: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

### Zahlungsweise:

mtl.       ¼ jährlich       ½ jährlich       jährlich

Es wird empfohlen die Versicherungsprämie per Abbuchungsauftrag zu bezahlen, um Deckungslücken durch verspätete Einzahlung zu vermeiden. Die Versicherung ist bei Nichtbezahlung der Prämie leistungsfrei!

Erlagschein (**ACHTUNG: ERLAGSCHEINGEBÜHR!**)

Abbuchungsauftrag für Lastschriften von:

Institut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

### Allgemeine Daten zu den versicherten Personen:

	Person 1:	Person 2:	Person 3:	Person 4:	Person 5:
Hatten Sie innerhalb der letzten 5 Jahre ein Unfallereignis, bei dem Sie sich in ärztliche Behandlung begeben mussten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bestehen bereits körperliche oder psychische Beeinträchtigungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Gibt es einen Vorversicherer:       JA       NEIN

wenn ja: Vorversicherer: \_\_\_\_\_ Pol.Nr.: \_\_\_\_\_

Wurde der Vertrag bereits gekündigt?       JA       NEIN

## Bitte tragen Sie hier die aktuellen Daten genau ein!

Ich benötige Versicherungsschutz für folgende Personen:	
<input type="checkbox"/> Einzelperson	<input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Familie
Wer soll versichert werden?	Person 1: _____
	Geb.datum: _____
	Beruf: _____
	Person 2: _____
	Geb.datum: _____
	Beruf: _____
	Person 3: _____
	Geb.datum: _____
	Beruf: _____
	Person 4: _____
	Geb.datum: _____
	Beruf: _____
	Person 5: _____
	Geb.datum: _____
	Beruf: _____
Wer ist Versicherungsnehmer?	<input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> VP1 <input type="checkbox"/> VP2
Wie hoch soll die Versicherungssumme sein?	<input type="checkbox"/> bis €50.000,- <input type="checkbox"/> bis €75.000,- <input type="checkbox"/> bis €100.000,- <input type="checkbox"/> höher als €100.000,-
Bitte wählen Sie die Progression (wird mit der Versicherungssumme multipliziert):	<input type="checkbox"/> 400% <input type="checkbox"/> 500% <input type="checkbox"/> 600% <input type="checkbox"/> 750% <input type="checkbox"/> höher als 750%
Möchten Sie eine lebenslange Unfallrente?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ab welcher Invalidität? <input type="checkbox"/> 35% <input type="checkbox"/> 50%
Wünschen Sie nach einem unfallbedingtem Spitalsaufenthalt eine Entschädigung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja wie viel pro Tag? € _____,-
Wünschen Sie eine Auszahlung bei Unfalltod?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja wie viel? € _____,-
Wünschen Sie den Einschluss von Assistance-Leistungen (u.a. medizinische Soforthilfe rund um die Uhr, Übernahme von Kosten für Kinderbetreuung nach einem Unfall, psychologische Betreuung, Haustierbetreuung etc.)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

**Besonderheiten und/oder zusätzliche Deckungswünsche nach denen nicht ausdrücklich gefragt wurde:**

**Belehrung:**

Diese Datenerhebung zum Erstellen eines Versicherungsoffers habe ich/wir nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Mir (uns) ist bekannt, dass bei unzutreffenden und/oder unvollständigen Angaben die Versicherungsgesellschaft vom Vertrag zurücktreten und die Leistung verweigern kann. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben bin (sind) ich (wir) allein verantwortlich, auch wenn ich (wir) den Antrag nicht selbst ausgefüllt habe(n).

Mir/uns ist bewusst, dass mit dieser Datenerhebung keinerlei Versicherungsschutz zustande kommt. Der Versicherungsvertrag kommt erst mit Antragsstellung und Zugang der Polizza oder einer gesonderten Annahmeerklärung zustande, vor diesem Zeitpunkt besteht kein Versicherungsschutz, soweit nicht schriftlich vorläufige Deckung zugesagt worden ist. Ist ein späterer Beginn der Versicherung beantragt, so besteht Versicherungsschutz frühestens ab diesem Zeitpunkt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

X \_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller