

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Strategische Finanzberatung
 Inh. Günter Pitzer
 Herrenmühlenstr. 3 • 72336 Balingen
 Tel.: 07433 / 2600634
 Fax: 07433 / 2600635
 info@stra-fin.de
 https://stra-fin.de/

Persönlicher Ansprechpartner:

1. Versicherte Person 1	
Name, Geburtsdatum, Geschlecht und Beruf der versicherten / zu versichernden Personen	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
1.1. Gesundheitsfragen	- nur zur Orientierung - maßgeblich sind die Antragsfragen des jeweiligen Versicherers! -
1.1.1. 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	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , genauere Informationen <input type="text"/>
1.1.2. Liegen weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen vor, nach denen bis jetzt nicht ausdrücklich gefragt wurde?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
1.1.3. Üben Sie gefährliche Hobbys (z.B. Fallschirmspringen, Rafting, Bungee-Jumping, Free-Climbing, Segelfliegen, Kampfsport) aus?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche? <input type="text"/>

1.2. Pauschale Ermittlung der gewünschten Versicherungssummen und des gewünschten Versicherungsschutzes	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.
<input type="checkbox"/> Invaliditätssumme Vorschlag: Jahreseinkommen x 3, mind. 100.000 €	<input type="text"/> €
<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"/> Todesfallleistung Soll dieses Risiko über die Unfallversicherung, oder eine separate Risikolebensversicherung (Ri-LV) abgedeckt werden? Vorschlag: Die Todesfallleistung 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"/> €
<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"/> € 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"/> € pro Monat
<input type="checkbox"/> Weitere Einschlüsse Wünschen Sie den Einschluss / die Erweiterung folgender Leistungen?	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , folgende: <input type="checkbox"/> Sofortleistung bis <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> Übergangsleistung bis <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> Assistance-Leistungen <input type="checkbox"/> Erhöhte Kraftanstrengung <input type="checkbox"/> Eigenbewegung <input type="checkbox"/> Mitwirkungsanteil <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> bis 100 % <input type="checkbox"/> bis <input type="text"/> % (individuell) <input type="checkbox"/> Bergungskosten bis <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> Kosmetische Operationen bis <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> Kurkostenbeihilfe bis <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> Geistes- und Bewusstseinsstörung <input type="checkbox"/> Insektenstiche <input type="checkbox"/> Impfschäden (offene Aufzählung) <input type="checkbox"/> Leistungsverbesserungen / Updategarantie <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/>

Risikoerfassung Unfallversicherung / Seite 3/6

<p>1.3. Vorversicherung</p>	
<p>1.3.1. Besteht oder bestand eine Vorversicherung?</p>	<p><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, Grund: <input type="text"/></p>
<p>1.3.2. Versicherungsumfang der bestehenden Versicherung</p>	<p><input type="checkbox"/> Inv. Grundsumme <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> Progression <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> Todesfallleistung <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> KHTG <input type="text"/> € pro Tag <input type="checkbox"/> Genesungsgeld <input type="text"/> € pro Tag <input type="checkbox"/> Unfallrente <input type="text"/> € pro Monat <input type="checkbox"/> Sofortleistung <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> Übergangsleistung <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> Assistance-Leistungen</p>
<p>1.3.3. Anzahl, Art und Höhe der Vorschäden in den letzten 5 Jahren</p>	<p><input type="checkbox"/> keine <input type="text"/></p>
<p>1.4. Wird weiterer Versicherungsschutz gewünscht: Berufsunfähigkeitsversicherung Erwerbsunfähigkeitsversicherung Krankenzusatzversicherung Dread-Disease</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welcher? <input type="text"/></p>
<p>2. Versicherte Person 2</p>	
<p>Name, Geburtsdatum, Geschlecht und Beruf der versicherten / zu versichernden Personen Bitte jede weitere 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>2.1. Gesundheitsfragen</p>	<p>- nur zur Orientierung - maßgeblich sind die Antragsfragen des jeweiligen Versicherers! -</p>

<p>2.1.1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren wesentliche gesundheitliche Beeinträchtigungen? Wesentlich sind insbesondere Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen, die</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, genauere Informationen</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>
<p>2.1.2. Liegen weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen vor, nach denen bis jetzt nicht ausdrücklich gefragt wurde?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
<p>2.1.3. 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?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
<p>2.2. 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>
<p><input type="checkbox"/> Invaliditätssumme Vorschlag: Jahreseinkommen x 3, mind. 100.000 €</p>	<p><input type="text" value=""/> €</p>
<p><input type="checkbox"/> Progression:</p>	<p><input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> 200% - 250% <input type="checkbox"/> 300% - 350% <input type="checkbox"/> 400% - 500% <input type="checkbox"/> <input type="text" value=""/></p>
<p><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</p>	<p><input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> Absicherung über Ri-LV <input type="checkbox"/> Unfalltod: <input type="text" value=""/> €</p>
<p><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.</p>	<p><input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> Absicherung über Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Unfall-KHTG: <input type="text" value=""/> € pro Tag</p>

<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"/> € 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"/> € <input type="checkbox"/> Übergangsleistung <input type="text"/> € <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 € • kosmetische Operationen: 5.000 € • Kurkostenbeihilfe: 1.000 € 	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja Wenn nein , bitte gewünschte Mindestsumme: <input style="width: 100%; height: 50px;" type="text"/>
2.3. Vorversicherung	
2.3.1. 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, Grund: <input type="text"/>
2.3.2. Versicherungsumfang der bestehenden Versicherung	<input type="checkbox"/> Inv. Grundsumme <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> Progression <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> Todesfallleistung <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> KHTG <input type="text"/> € pro Tag <input type="checkbox"/> Genesungsgeld <input type="text"/> € pro Tag <input type="checkbox"/> Unfallrente <input type="text"/> € pro Monat <input type="checkbox"/> Sofortleistung <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> Übergangsleistung <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> Assistance-Leistungen
2.3.3. Anzahl, Art und Höhe der Vorschäden in den letzten 5 Jahren	<input type="checkbox"/> keine <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
2.4. Wird weiterer Versicherungsschutz gewünscht: Berufsunfähigkeitsversicherung Erwerbsunfähigkeitsversicherung Krankenzusatzversicherung Dread-Disease	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welcher? <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>

3. Gewünschte Zahlweise und Zahlart	<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
4. Sonstige Hinweise, Bemerkungen	<div style="border: 1px solid black; height: 80px;"></div>
5. Einverständniserklärung zur Datenweitergabe und Belehrung	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Bei den Fragen handelt es sich um Fragen über gefahrerhebliche Umstände. Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, im Falle der vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Wird die Anzeigepflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, hat der Versicherer das Recht, den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Anzeigepflichtverletzung unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Diese Daten werden ggf. zur weiteren Verarbeitung (z.B. Angebotserstellung, Schadenbearbeitung etc.), wie in der "Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung" beschrieben, an Versicherer und Dienstleister weitergeleitet.</p> </div>
6. Unterschrift	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Datum, Unterschrift des Kunden
Interne Notizen	
Mitarbeiter: <input style="width: 250px;" type="text"/> Datum : <input style="width: 250px;" type="text"/> Uhrzeit: Von <input style="width: 100px;" type="text"/> bis <input style="width: 100px;" 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: 200px;" type="text"/>
Rev. 006 vom 08.04.2021	