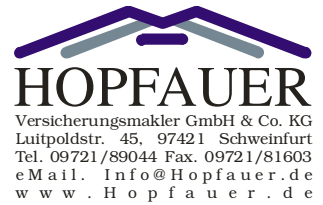


Vertriebspartner Nummer:



Unfallversicherungsantrag für:

Name, Vorname <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Geburtsdatum
Strasse, Hausnummer	Beruf
PLZ, Ort	Telefonnummer
Risikoanschrift	E-Mail
<input type="checkbox"/> Angestellt → AG _____ <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst →	Dienststelle

beantworten Sie folgende Fragen vollständig und richtig und achten Sie auf eine zutreffende Erfassung Ihrer Angaben, da Sie ansonsten Ihren Versicherungsschutz gefährden

Unfallversicherung

Person 1

Name, Vorname	Beruf	Gefahrengruppe	Geburtsdatum	M				
Grundsumme	Progression	Vollversicherungssumme	Tod	KHT/GG	Übergangsleistung	Unfallrente ab 50 %	Beitrag lt. ZW	W

Person 2

Name, Vorname	Beruf	Gefahrengruppe	Geburtsdatum	M				
Grundsumme	Progression	Vollversicherungssumme	Tod	KHT/GG	Übergangsleistung	Unfallrente ab 50 %	Beitrag lt. ZW	W

Person 3

Name, Vorname	Beruf	Gefahrengruppe	Geburtsdatum	M				
Grundsumme	Progression	Vollversicherungssumme	Tod	KHT/GG	Übergangsleistung	Unfallrente ab 50 %	Beitrag lt. ZW	W

Laufzeit:

Beginn (0.00 Uhr):	Ablauf (0.00 Uhr):
--------------------	--------------------

Die Vertragslaufzeit beträgt mindestens ein Jahr. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn dieser nicht mindestens drei Monate vor Ablauf schriftlich gekündigt wird.

Vorversicherung:

<input type="checkbox"/> Nein! <input type="checkbox"/> Ja! Gesellschaft	Vorschäden: <input type="checkbox"/> Nein, keine Vorschäden! <input type="checkbox"/> Ja, es gab Vorschäden! _____ €
	Gekündigt durch: <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer
	Versicherungsscheinnummer:

Zahlungsweise: jährlich halbjährlich (zzgl. 3%) vierteljährlich (zzgl. 5%) monatlich (zzgl. 5%) Abbuchung erforderlich

Rechnung: Es besteht erst Versicherungsschutz, wenn die Erste Prämienzahlung im Machbereich des Versicherers ist!!!
 Einzugsermächtigung: bis auf Widerruf ermächtige ich die Versicherer, die fälligen Beiträge von folgendem Konto einzuziehen:

Kreditinstitut:	Bankleitzahl:	
Kontoinhaber (falls vom VN abweichend):	Konto-Nr.:	
Datum:	Ort:	Unterschrift:

Empfangsbestätigung: Ich bestätige, dass ich rechtzeitig vor der Unterzeichnung dieses Antrages das Produktinformationsblatt, die der beantragten Versicherung zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Besonderen Versicherungsbedingungen und Klauseln, die Allgemeinen Kundeninformationen sowie das Merkblatt zur Datenverarbeitung erhalten habe.

Vertragsgrundlage werden der Versicherungsschein und Nachträge, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen die dem VN mit diesem Antrag ausgehändigt werden, sowie die Klausel und evtl. schriftlich vereinbarte Vertragsbestimmungen.
Widerspruchsrecht. Der Versicherer kann den Antrag innerhalb eines Monats annehmen. Der Antragsteller hat ein Widerspruchsrecht von 14 Tagen ab Erhalt von Versicherungsschein, Versicherungsbedingungen und Verbraucherinformationen über das er im Versicherungsschein belehrt wird. **Der Versicherungsschutz** tritt bei Abbuchungsvereinbarung mit Beginn, frühestens jedoch mit Unterschriftsdatum in Kraft. Bei Direktzahlung, wenn die Gesellschaft im Besitz der Prämie ist.
Vorvertragliche Anzeigepflicht: Mir ist bekannt, dass ich alle für die Übernahme des Versicherungsschutzes erheblichen Umstände anzeigen und die im Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten muß. Unrichtige Angaben zu den Gefahrumständen oder das arglistige Verschweigen sonstiger Gefahrumstände können zum Rücktritt und zur Versagung des Versicherungsschutzes berechtigen. Im Falle einer arglistigen Täuschung kann darüber hinaus der Versicherungsvertrag angefochten werden. (Generell ist das Versicherungsvertragsgesetz Rechtsgrundlage.)

Ort:	Datum:	Versicherungsmakler:	Kunde:
------	--------	----------------------	--------

Unfallversicherung – Weitere Personen

Person 4

Name, Vorname		Beruf		Gefahrengruppe	Geburtsdatum			M
								W
Grundsomme	Progression	Vollversicherungssumme	Tod	KHT/GG	Übergangsleistung	Unfallrente ab 50 %	Beitrag lt. ZW	

Person 5

Name, Vorname		Beruf		Gefahrengruppe	Geburtsdatum			M
								W
Grundsomme	Progression	Vollversicherungssumme	Tod	KHT/GG	Übergangsleistung	Unfallrente ab 50 %	Beitrag lt. ZW	

Person 6

Name, Vorname		Beruf		Gefahrengruppe	Geburtsdatum			M
								W
Grundsomme	Progression	Vollversicherungssumme	Tod	KHT/GG	Übergangsleistung	Unfallrente ab 50 %	Beitrag lt. ZW	

Person 7

Name, Vorname		Beruf		Gefahrengruppe	Geburtsdatum			M
								W
Grundsomme	Progression	Vollversicherungssumme	Tod	KHT/GG	Übergangsleistung	Unfallrente ab 50 %	Beitrag lt. ZW	

Person 8

Name, Vorname		Beruf		Gefahrengruppe	Geburtsdatum			M
								W
Grundsomme	Progression	Vollversicherungssumme	Tod	KHT/GG	Übergangsleistung	Unfallrente ab 50 %	Beitrag lt. ZW	

Person 9

Name, Vorname		Beruf		Gefahrengruppe	Geburtsdatum			M
								W
Grundsomme	Progression	Vollversicherungssumme	Tod	KHT/GG	Übergangsleistung	Unfallrente ab 50 %	Beitrag lt. ZW	

Person 10

Name, Vorname		Beruf		Gefahrengruppe	Geburtsdatum			M
								W
Grundsomme	Progression	Vollversicherungssumme	Tod	KHT/GG	Übergangsleistung	Unfallrente ab 50 %	Beitrag lt. ZW	

Person 11

Name, Vorname		Beruf		Gefahrengruppe	Geburtsdatum			M
								W
Grundsomme	Progression	Vollversicherungssumme	Tod	KHT/GG	Übergangsleistung	Unfallrente ab 50 %	Beitrag lt. ZW	

Person 12

Name, Vorname		Beruf		Gefahrengruppe	Geburtsdatum			M
								W
Grundsomme	Progression	Vollversicherungssumme	Tod	KHT/GG	Übergangsleistung	Unfallrente ab 50 %	Beitrag lt. ZW	

Person 13

Name, Vorname		Beruf		Gefahrengruppe	Geburtsdatum			M
								W
Grundsomme	Progression	Vollversicherungssumme	Tod	KHT/GG	Übergangsleistung	Unfallrente ab 50 %	Beitrag lt. ZW	

Person 14

Name, Vorname		Beruf		Gefahrengruppe	Geburtsdatum			M
								W
Grundsomme	Progression	Vollversicherungssumme	Tod	KHT/GG	Übergangsleistung	Unfallrente ab 50 %	Beitrag lt. ZW	

Person 15

Name, Vorname		Beruf		Gefahrengruppe	Geburtsdatum			M
								W
Grundsomme	Progression	Vollversicherungssumme	Tod	KHT/GG	Übergangsleistung	Unfallrente ab 50 %	Beitrag lt. ZW	

Person 16

Name, Vorname		Beruf		Gefahrengruppe	Geburtsdatum			M
								W
Grundsomme	Progression	Vollversicherungssumme	Tod	KHT/GG	Übergangsleistung	Unfallrente ab 50 %	Beitrag lt. ZW	

Ort.	Datum.	Unterschrift Versicherungsmakler.	Unterschrift Kunde.

Beratungsdokumentation zum Gespräch vom

Datum

Angaben gemäß § 42 b,c VVG

Ihre Beratung erfolgt durch

Kundenname

Ich wünsche eine anlassbezogene Beratung zum Thema Unfallversicherung

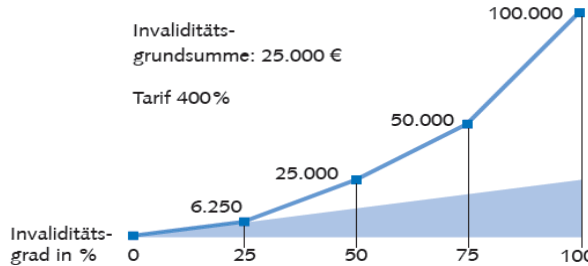
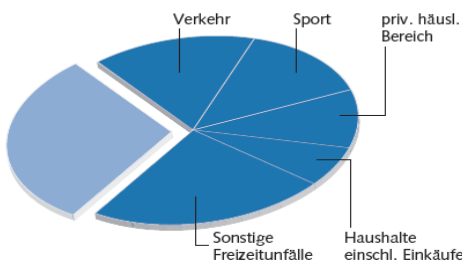
Haben Sie als Kunde auf Nachfrage zum Beratungsthema konkrete Wünsche mitgeteilt?

Nein Ja

Bedarfsermittlung für die Unfallversicherung

Jährlich geschehen ca. 9 Mio Unfälle in Deutschland. Nahezu 70% davon im privaten Bereich. Die gesetzliche Unfallversicherung kommt für Unfallfolgen in der Freizeit nicht auf. Auch bei Arbeitsunfällen stellt die Leistung der gesetzlichen Unfallversicherung nur eine Grundversorgung dar. Aus diesem Grund ist der Abschluss einer privaten Unfallversicherung unerlässlich. Die private Unfallversicherung schützt Sie auf der ganzen Welt, rund um die Uhr und hilft Ihnen die wirtschaftlichen Folgen nach einem Unfall abzufedern. Sie bietet Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. **Bitte beachten Sie: Die klassische private Unfallversicherung kann zwar den Lebensunterhalt auf Dauer nicht decken, jedoch sichert die Invaliditätsleistung den erhöhten Aufwand einer durch Unfall erzwungenen Umstellung der Lebensumstände (Umschulung, behindertengerechtes Wohnen, Spezial-PKW, ...) ab.** Dafür empfehlen wir Ihnen eine Vollinvaliditäts-Absicherung in Höhe von mind. 6 Nettojahresgehältern.

Arbeitsunfälle ca. 30% Freizeitunfälle ca. 70%



Invalidität: Stellt sich innerhalb eines Jahres nach dem Unfall heraus, dass eine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit eingetreten ist, erhalten Sie aus der versicherten Summe eine Invaliditätsleistung nach dem vom Arzt festgestellten Grad der Invalidität. Statistisch gesehen bewegen sich die meisten Invaliditätsleistungen auf der Invaliditätsgradsskala im unteren Bereich. Daher empfiehlt sich der Abschluss einer ausreichenden Grundinvaliditätssumme.

Annahmehinweise: Kein Versicherungsschutz (im privaten und beruflichen) kann gewährt werden für: Artisten/Akrobaten, Flugzeugbesatzungen/Drachenflieger und Personen mit ähnlichen Flughobbys, Schiffsbesatzungen, Rennfahrer, Rennreiter, Sprengmeister und -helfer, Steiger, Such- und Räumungspersonal für Munition/explosive Stoffe, Berufs-/Vertrags- und Lizenzsportler.

Wir empfehlen zusätzlich folgenden Versicherungsschutz

Kundenwunsch

Verbesserte Gliedertaxe	bis _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verlust der Stimme wird in Gliedertaxe berücksichtigt	bis _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Alkoholklausel bis	bis _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Vergiftung durch Gase / Dämpfe	bis _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Strahlenschäden	bis _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tauchtypische Gesundheitsschädigungen	bis _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Unfallschäden anlässlich der Rettung von Menschen	bis _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Infektionsklausel	bis _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ertrinken / Ersticken	bis _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Vergiftung bei Kindern	bis _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nahrungsmittelvergiftung	bis _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Innere Unruhen / passives Kriegsrisiko	bis _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Einschluss von Neugeborenen	bis _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rooming-in-Leistungen bei Kinderunfall	bis _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Anrechnung von Krankheiten bei Unfällen ab	bis _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verlängerte Meldefrist bei Invalidität	bis _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beitragsfreistellung bei Arbeitslosigkeit	bis _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Anbieterempfehlung

Empfohlen wird das Produkt:

Risikoträger ist die

Gründe für die Empfehlung:

Der Versicherer verfügt über eine ausreichende finanzielle Stärke, die die Erfüllbarkeit der Verpflichtungen gegenüber dem Versicherungsnehmer gewährleisten. Der Versicherer verfügt über eine ausreichende Marktgröße und bietet gute Servicequalität.

Grundlage der Empfehlung:

Die der Empfehlung zugrunde gelegten Versicherungsunternehmen wurden dem Mandanten mitgeteilt.

Weitere Kundenwünsche und Anmerkungen zum Beratungsthema:

Ja Nein

Wichtige Hinweise

Dem Mandanten wurde rechtzeitig vor der Unterzeichnung dieses Antrages das Produktinformationsblatt, die der beantragten Versicherung zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Besonderen Versicherungsbedingungen und Klauseln, die Allgemeinen Kundeninformationen, die Vermittlerinformation, eine Kopie des Beratungsprotokolls sowie das Merkblatt zur Datenverarbeitung ausgehändigt.

Ort Datum Unterschrift Versicherungsmakler Unterschrift Kunde