

# Beratungsdokumentation

---

zum Abschluss einer Unfallversicherung

- Der Antragsteller wünscht die Dokumentation **ohne Nutzung** der optionalen Anlage.  
 Der Antragsteller wünscht die Dokumentation **mit Nutzung** der optionalen Anlage.

## Antragsteller

---

Name

geb. am

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Mail

## Vermittler

---

Name Firma

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

IHK-Reg.-Nr

## Gewählter Deckungsumfang

---

## Angaben zur Vorversicherung

---

Besteht derzeit eine Vorversicherung?

- Nein
- Ja, bei Versicherer
- Vers.-Nr.:

gekündigt vom

- Versicherungsnehmer
- Versicherer

zum

Umfang der bestehenden Versicherung:

## Vorschäden

---

War Ihre Vorversicherung in den letzten fünf Jahren von Schäden betroffen?

- Nein
- Ja

Anzahl  Schadenhöhe in €

Art

Gab es in den letzten fünf Jahren unversicherte Schäden?

- Nein
- Ja

### Ort der Beratung

---

- Büro des Vermittlers
- Wohnung/Betrieb des Antragstellers
- telefonisch
- sonstiger:

### Anlass des Beratungsgesprächs

---

- spezieller Versicherungswunsch des Kunden
- allgemeiner Besuchsanlass
- anderer Grund:

### Bedarf des Kunden

---

### Empfehlung/Rat aufgrund des Kundenbedarfes

---

Der Antragsteller hat die vertragsrelevanten Dokumente zum beantragten Tarif (Allgemeine Geschäftsbedingungen, Datenschutzbestimmungen, Versicherungsbedingungen)

- in Papierform       per Mail an o.g. Adresse       auf einem Datenträger

erhalten. Er stimmt den Datenschutzbestimmungen zu.

Dem Antragsteller ist bewusst, dass der Vermittler nur aufgrund seiner persönlichen Angaben die Angebote unterbreitet hat und mit den unrichtigen Angaben der Versicherungsschutz gefährdet wird.

Der Antragsteller und der Vermittler bestätigen, dass diese Beratung in der dargestellten Weise stattgefunden hat und die wesentlichen Inhalte korrekt wiedergegeben sind.

Die Parteien sind für die hier nicht geschriebenen Inhalte allein verantwortlich.

Der Antragsteller bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er vom Vermittler eine Ausfertigung dieser Dokumentation der Beratung erhalten hat.

---

Datum/Unterschrift Antragsteller

---

Datum/Unterschrift Vermittler

# Optionale Anlage zur Beratungsdokumentation zum Abschluss einer Unfallversicherung

Antragsteller

Antrag vom

Anzahl zu versichernder Personen:

**Zu versichernde Person:**

**Person 1**

**Person 2**

**Person 3**

Name




Vorname




Geburtsdatum




Beruf




Geschlecht

weiblich  
 männlich

weiblich  
 männlich

weiblich  
 männlich

Invaliditätssumme




Progression




Todesfallsumme




Unfallrente

€  
 bis EA 65  
 lebenslang

€  
 bis EA 65  
 lebenslang

€  
 bis EA 65  
 lebenslang

Krankenhaustagegeld




Genesungsgeld




Kosmetische Operationen  
(in der Regel mitversichert)




Bergungskosten  
(in der Regel mitversichert)




Sonstiges:




Hat die zu versichernde Person  
in den letzten 5 Jahren Unfälle  
erlitten?

► Wenn ja, wann, welche,  
Unfallfolgen und Entschädi-  
gungshöhen?




Leidet oder litt die zu  
versichernde Person unter  
erheblichen Erkrankungen oder  
Behinderungen?  
(Auflistung im Antragsprozess)  
► Wenn ja, welche?




Erfolgt eine dauerhafte Ein-  
nahme von Medikamen-  
ten aufgrund chronischer Leiden  
oder sonstiger Folgen einer  
Krankheit?

► Wenn ja, welches Medika-  
ment mit welcher Dosierung?

**Weitere zu versichernde Personen**

**Antragsteller**  **Antrag vom**

	Person 4	Person 5	Person 6
Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Invaliditätssumme	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Progression	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Todesfallsumme	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unfallrente	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> bis EA 65 <input type="checkbox"/> lebenslang	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> bis EA 65 <input type="checkbox"/> lebenslang	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> bis EA 65 <input type="checkbox"/> lebenslang
Krankenhaustagegeld	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Genesungsgeld	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kosmetische Operationen <i>(in der Regel mitversichert)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bergungskosten <i>(in der Regel mitversichert)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sonstiges:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hat die zu versichernde Person in den letzten 5 Jahren Unfälle erlitten? ▶ Wenn ja, wann, welche, Unfallfolgen und Entschädi- gungshöhen?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Leidet oder litt die zu versichernde Person unter erheblichen Erkrankungen oder Behinderungen? (Auflistung im Antragsprozess) ▶ Wenn ja, welche?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Erfolgt eine dauerhafte Ein- nahme von Medikamenten aufgrund chronischer Leiden oder sonstiger Folgen einer Krankheit? ▶ Wenn ja, welches Medika- ment mit welcher Dosierung?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Gewünschte Erweiterungen des Versicherungsschutzes

(Einschlüsse können, je nach Anbieter, ganz oder teilweise über Klauseln mitversichert werden)

- Wünschen Sie den Einschluss einer dynamischen Anpassung des Vertrages an die steigenden Lebenshaltungskosten? (*Dynamik*)  ja  nein
- Infektionsklausel, Insektenbisse und -stiche, Infektionen bei Ausübung des Berufs, Impfschäden  ja  nein
- Ertrinken/Erfrieren/Ersticken/Verhungern/Verdursten  ja  nein
- Bewusstseinsstörungen durch
- ▶ Medikamente  ja  nein
  - ▶ Alkohol bis 1,1 ‰  ja  nein
  - ▶ Herzinfarkt, Schlaganfall, Übermüdung  ja  nein
- Nahrungsmittelvergiftung  ja  nein
- Verbesserte Gliedertaxe  ja  nein
- Psychische und nervöse Störungen in Folge eines Unfalls  ja  nein
- Verbesserte Mitwirkungsregelung bei Krankheiten und Gebrechen  ja  nein
- Verlängerte Anmeldefrist von Schadenfällen  ja  nein
- Leistung als einmalige Kapitalzahlung auch nach dem 65. Lebensjahr  ja  nein
- Erweiterte Leistungen für Kinder bei Tod des Versorgers (z.B. *Vollwaisenrente, erhöhte Todesfallleistung, etc.*)  ja  nein
- Mitversicherung von tauchtypischen Gesundheitsschäden  ja  nein
- Umschulungsmaßnahmen und behinderungsbedingte Kosten  ja  nein
- Sofortleistung / Vorschusszahlung  ja  nein
- Haushaltshilfe  ja  nein
- Rooming-in für Eltern bei Kinderunfall  ja  nein
- Besondere Gliedertaxe für Zielgruppen, wie Ärzte, Musiker, o.ä.  ja  nein
- ▶ Für welche besondere Berufsgruppe?

Abweichende Versicherungsarten und Summen für weitere Personen:

Datum/Unterschrift Antragsteller

Datum/Unterschrift Vermittler