

Private Unfallversicherung

Checkliste



1 | Versicherungsnehmer

Herr	Frau	Vorname	Name
Straße		Hausnummer	
PLZ	Ort		
E-Mail		Geburtsdatum	
Staatsangeh.		Telefonnummer für Rückfragen	
Bankverbindung für Beitrags-einzug	IBAN	Bankname	Kontoinhaber
	BIC		

2 | Versicherte Person(en)

Person 1	Der Versicherungsnehmer soll zugleich auch versicherte Person sein		Ja	Nein
Person 2	Herr	Frau	Vorname	Name
			Geburtsdatum	
Person 3	Herr	Frau	Vorname	Name
			Geburtsdatum	
Person 4	Herr	Frau	Vorname	Name
			Geburtsdatum	
Person 5	Herr	Frau	Vorname	Name
			Geburtsdatum	
Person 6	Herr	Frau	Vorname	Name
			Geburtsdatum	
Person 7	Herr	Frau	Vorname	Name
			Geburtsdatum	

3 | Aktuelle Versicherungssituation

Wurde bereits mindestens ein Antrag auf Unfall-Versicherung abgelehnt?

Ja Nein → Wenn ja: {
 Von welchem Versicherer?
 Wann? (Datum)
 Grund der Ablehnung

Fortsetzung siehe S. 2

Aktuelle Versicherungssituation | Fortsetzung von S. 1

Vorversicherung vorhanden	Ja	Nein	→	Wenn nein: Weiter zu Abschnitt 4 „Gewünschter Versicherungsschutz“
Vorversicherung vorhanden seit mindestens 5 Jahren	Ja	Nein		
Gemeldete Schäden (Datum, welche versicherte Person, Beschreibung)				

Voriger Versicherer	Versicherungsschein-Nr.
Kündigung der vorigen Versicherung durch	gekündigt zum (Datum)
Kündigungsgrund	

4 | Gewünschter Versicherungsschutz

Vertragsbeginn	Zahlweise	Zahlungsweg
Person 1	Invaliditätsleistung (Grundsumme) Höhe Unfallrente (monatlich)	Todesfallsumme
Person 2	Invaliditätsleistung (Grundsumme) Höhe Unfallrente (monatlich) <i>Alternativ: Gleiche Leistungen wie Person</i>	Todesfallsumme
Person 3	Invaliditätsleistung (Grundsumme) Höhe Unfallrente (monatlich) <i>Alternativ: Gleiche Leistungen wie Person</i>	Todesfallsumme
Person 4	Invaliditätsleistung (Grundsumme) Höhe Unfallrente (monatlich) <i>Alternativ: Gleiche Leistungen wie Person</i>	Todesfallsumme
Person 5	Invaliditätsleistung (Grundsumme) Höhe Unfallrente (monatlich) <i>Alternativ: Gleiche Leistungen wie Person</i>	Todesfallsumme
Person 6	Invaliditätsleistung (Grundsumme) Höhe Unfallrente (monatlich) <i>Alternativ: Gleiche Leistungen wie Person</i>	Todesfallsumme

Fortsetzung siehe S. 3

Gewünschter Versicherungsschutz | Fortsetzung von S. 2

Person 7	Invaliditätsleistung (Grundsomme)	Todesfallsumme
	Höhe Unfallrente (monatlich)	
	<i>Alternativ: Gleiche Leistungen wie Person</i>	

Wenn Sie weitere/spezielle Wünsche/Anforderungen bezüglich des Versicherungsschutzes haben oder Risiken ausgesetzt sind, die von den obigen Fragen nicht erfasst sind, dann tragen Sie sie gerne hier ein:

5 | Fragen zur Gesundheit

War eine der zu versichernden Personen in den letzten 5 Jahren wegen einer der folgenden Krankheiten in ärztlicher Behandlung oder hat hierfür Medikamente verordnet bekommen? **Bitte die Nummer(n) der entsprechenden Person(en) eintragen.**

AIDS	Drogenmissbrauch	Medikamentenmissbrauch	Spina bifida
Alkoholismus	Epilepsie	Multiple Sklerose	Spondylolyse
Bluterkrankheit	Glasknochenkrankheit	Osteoporose	
Diabetes	Knochenkrebs	Paget-Krankheit	

Bitte bei den folgenden Fragen die Nummer(n) der entsprechenden Person(en) eintragen.

Besteht bei einer der zu versichernden Personen eine dauernde körperliche oder geistige Beeinträchtigung, Anomalie, Schwerbehinderung, erhebliche Krankheit, Gebrechen oder Beschwerden, die nicht ärztlich behandelt werden (z. B. Lähmung, Blindheit, Demenz) oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen?

Besteht bei einer der zu versichernden Personen eine Schwerbehinderung (GdB) bzw. anerkannte Pflegebedürftigkeit oder wurde ein Antrag gestellt auf Anerkennung einer Schwerbehinderung oder Pflegestufe oder wird eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen?

Hat eine der zu versichernden Personen in den letzten 5 Jahren Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten, deren Folgen ärztlich behandelt worden sind?

Nimmt oder nahm eine der zu versichernden Personen in den letzten 5 Jahren (egal ob mit oder ohne ärztliche Verordnung) an mehr als 30 Tagen im Jahr ein Medikament ein (auch Schlaf-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel) oder Drogen?

Hat eine der zu versichernden Personen sich in den letzten 5 Jahren aufgrund von Beschwerden oder Beeinträchtigungen der Gelenke, Wirbelsäule oder Muskeln (z. B. Achillessehnenruptur, Meniskusverletzungen, Rotatorenmanschettenruptur) in ärztliche Behandlung begeben müssen?

Falls Sie bei einer der obigen Fragen etwas eingetragen haben, machen Sie hier bitte zusätzliche Angaben (z. B. Behandlungsdatum, Bezeichnung des Unfalls, der Verletzung oder Auffälligkeit, Name von Medikamenten usw.)

Ort, Datum

Unterschrift Kunde