

Anfrage zur Unfallversicherung

Versicherungsmakler Olaf Janssen
Grafinger Straße 2
81671 München

fon: +49 (0)89 / 15 98 82 00
fax: +49 (0)89 / 15 98 89 33
funk: +49 (0)172 / 8 58 88 25

info@janssen-makler.de
www.janssen-makler.de

Daten zum Kreis versicherten Personen/des Versicherungsnehmers:

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ/ Ort _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Welche Sportarten üben Sie aus?

Leiden oder litten Sie unter erheblichen Erkrankungen oder Gebrechen?

Sind Sie fehlsichtig mit mehr als 8 Dioptrien?

Daten zum Versicherungsschutz:

Gewünschte Versicherungssumme Invalidität _____

Gewünschte Progression _____

Gewünschte Todesfallsumme _____

Gewünschte Summe Unfallrente _____

Gewünschte Summe Krankentagegeld _____

Gewünschte Summe Krankenhaustagegeld _____

Gewünschte Summe Übergangsleistung _____

Gewünschte Summe Genesungsgeld _____

Gewünschte Summe Sofortleistung _____

Gewünschte Summe Bergungskosten _____

Gewünschte Summe kosmetische Operationen _____

Daten zu gewünschten Einschlüssen:

- | Ja | nein | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sollen Umschulungsmaßnahme und behinderungsbedingte Kosten gedeckt sein? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soll eine Haushaltshilfe mitversichert sein? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soll die Infektionsklausel für Insektenstiche, etc. mitversichert sein? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soll die Bewusstseinsstörung durch Medikamente mitversichert sein? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sollen Nahrungsmittelvergiftungen mitversichert sein? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soll die verbesserte Gliedertaxe enthalten sein? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sollen psychische und nervöse Störungen eines Unfalls mitversichert sein? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sollen verbesserte Mitwirkungsregelungen gelten? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sollen verlängerte Anmeldefristen gelten? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soll die einmalige Kapitalzahlung auch nach dem 65. Lebensjahr versichert sein? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soll Nachhilfegeld bei Schulunfähigkeit versichert sein? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sollen Rooming-In Leistungen für Kinder versichert sein? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sollen Invalidität oder Erwerbsunfähigkeit durch Krankheit versichert sein? |

Daten zum Vorschadensverlauf:

- | Ja | nein | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gab es eine Vorversicherung? Sofern ja, bitte um Nennung der Gesellschaft und Versicherungsnummer (Hinweis: bitte legen Sie eine Kopie der Police bei)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gab es Schäden in den letzten 5 Jahren? |

Wenn ja, Art, Anzahl, Umfang und Höhe der Schäden bitte nennen?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hat ein Versicherer aufgrund eines Schadens Ihren Vertrag gekündigt? |
|--------------------------|--------------------------|--|

Hinweis: die Daten werden Grundlage zu einem Vertragsschluss. Daher möchten wir Sie bitten die Daten vollständig u. wahrheitsgetreu an uns zu übermitteln. Nur so kann ein ausreichender Versicherungsschutz für Sie hergestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift