



FAIRSICHERUNGSLADEN

Kaiserstraße 53
60329 Frankfurt
tel 069.43 08 90 30
fax 069 87 00 20 59
kontakt@fairsicherungs-laden.de
www.fairsicherungs-laden.de

Risikoanalyse Unfallversicherung

Basisdaten

Kunde

Anrede: Herr Frau

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Tel. privat: _____

Tel. geschäftlich: _____

Telefax: _____

Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Familienstand: verheiratet
 ledig/allein stehend
 eheähnliche Gemeinschaft
 verpartnert

(Ehe-) Partner

Anrede: Herr Frau

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Tel. privat: _____

Tel. geschäftlich: _____

Telefax: _____

Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Familienstand: verheiratet
 ledig/allein stehend
 eheähnliche Gemeinschaft
 verpartnert

Beruf und ausgeübte Tätigkeit

tätig als: _____

angestellt
 freiberuflich
 Beamter
 im öffentlichen Dienst tätig
 selbstständig in der Rechtsform als:

Beruf und ausgeübte Tätigkeit

tätig als: _____

angestellt
 freiberuflich
 Beamter
 im öffentlichen Dienst tätig
 selbstständig in der Rechtsform als:

Kinder

Name: _____ geb.: _____ Schüler Student wohnt bei den Eltern

Name: _____ geb.: _____ Schüler Student wohnt bei den Eltern

Name: _____ geb.: _____ Schüler Student wohnt bei den Eltern



Allgemeine Angaben

Besteht derzeit oder bestand in den letzten fünf Jahren eine Unfallversicherung?

nein

ja, beim Versicherer: _____ unter der Vertragsnummer: _____

gekündigt vom Versicherungsnehmer Versicherer zum: _____

Umfang der bestehenden Versicherung: _____

Haben Sie oder die anderen zu versichernden Personen in den letzten fünf Jahren Unfälle erlitten?

nein

ja, bitte nähere Angaben zum Unfall machen _____

Risikoerfassung

Person 1

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: _____

Beruf: _____

Üben Sie gefährliche Hobbys (z.B. Fallschirmspringen, Rafting, Bungee-Jumping, Free-Climbing, Segelfliegen, Kampfsport, etc.) aus? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht oder bestanden in den letzten 5 Jahren wesentliche gesundheitliche Beeinträchtigungen? Wesentlich sind insbesondere Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen, die ja nein

- in den letzten 5 Jahren zur Behandlung in einem Krankenhaus oder zu 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

Wenn ja, bitte hier genauere Informationen dazu angeben:



Person 2

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: _____

Beruf: _____

Üben Sie gefährliche Hobbys (z.B. Fallschirmspringen, Rafting, Bungee-Jumping, Free-Climbing, Segelfliegen, Kampfsport, etc.) aus? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht oder bestanden in den letzten 5 Jahren wesentliche gesundheitliche Beeinträchtigungen? Wesentlich sind insbesondere Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen, die ja nein

- in den letzten 5 Jahren zur Behandlung in einem Krankenhaus oder zu 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

Wenn ja, bitte hier genauere Informationen dazu angeben:

Gewünschte Leistungsarten und -summen

Grundsätzlich empfehlen wir als wichtigste Einkommensabsicherung immer zuerst eine Berufsunfähigkeitsversicherung abzuschließen, da hier u.a. auch das Krankheitsrisiko und die konkrete berufliche Tätigkeit abgesichert werden. Wenn Sie eine Beratung dazu wünsche, sprechen Sie mich einfach an.

Invaliditätsgrundsumme

Grundsätzlich empfehlen wir von den Absicherungssummen derzeit eine Grundsumme von mind. 100.000,-€ und eine Progression von z.B. 225% oder 350%. Die hohe Grundsumme kostet zwar auch mehr Beitrag, jedoch erhält man bei geringen Invaliditätsgraden nach einem Unfall auch schon eine bessere Leistung. Aus den Schadenstatistiken der Versicherer geht hervor, dass die meisten Leistungen zwischen 1% und 25% Invalidität erbracht werden (ca. 90% aller Schäden), die restlichen 10% der Entschädigungsleistungen liegen dann meist bei einer Invalidität von 90% - 100% (Vollinvalidität). In 90% aller Fälle ist deshalb eine hohe Grundsumme entscheidend für eine ordentliche Leistung und in den anderen Fällen eine gute Progression.

Sollten Sie eine andere Absicherungssumme wünschen, tragen Sie diese hier ein: _____

Sollten Sie eine andere Progression (z.B. 500% oder 1000%) wünschen, tragen Sie diese bitte hier ein: _____



Unfallrente

Falls der Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung nicht möglich ist, empfehlen wir Ihnen u.a. die Absicherung der Unfallrente. Eine Unfallrente wird ab 50 % Invalidität nach einem Unfall lebenslang ausbezahlt. Die Höhe der max. Unfallrente hängt vom Tarif und Versicherer ab.

Nachteil: Die Unfallrente wird nur bei Invalidität nach einem Unfall gezahlt.

- Absicherung über eine Berufsunfähigkeitsversicherung bereits vorhanden (Höhe: _____ mtl.)
- Absicherung über eine Berufsunfähigkeitsversicherung gewünscht
- Absicherung der Unfallrente gewünscht. Gewünschte Höhe _____
- Keine Absicherung gewünscht

Todesfalleistung

Für die Absicherung des Todesfalls empfehlen wir Ihnen den Abschluss einer Risikolebensversicherung, da diese auch nach einem krankheitsbedingten oder natürlichen Tod zahlt. Sollten Sie die Absicherung des Todesfalls über die Unfallversicherung wünschen, tragen Sie bitte die gewünschte Summe ein.

Nachteil: Die Todesfalleistung wird nur nach einem Unfalltod bezahlt.

- Absicherung über eine Risikolebensversicherung gewünscht
- Absicherung des Todesfalls über eine Unfallversicherung. Gewünschte Summe: _____
- Keine Absicherung gewünscht

Krankenhaustagegeld/ Genesungsgeld

Für die Absicherung dieser Risiken empfehlen wir eine separate Krankenzusatzversicherung, da diese auch krankheitsbedingte Krankenhausaufenthalte mitversichert. Sollten Sie eine Absicherung dieser Risiken über die Unfallversicherung wünschen, tragen Sie bitte die gewünschte Summe ein.

Nachteil: Ein Krankenhaustagegeld bzw. Genesungsgeld wird nur nach einem Unfall bezahlt.

- Absicherung über eine Krankenzusatzversicherung
- Absicherung über eine Unfallversicherung. Gewünschte Summe pro Tag: _____
- Keine Absicherung gewünscht

Kinderunfall (bis zum 18. Lebensjahr)

Wir empfehlen mindestens eine Grundsumme in Höhe von 100.000,- € und eine 350% Progression + eine Unfallrente (Höhe hängt vom Tarif und Versicherer ab, sollte aber mindestens 500,- € mtl. betragen), welche zusätzlich ab 50% Invalidität lebenslang ausgezahlt wird. Eine günstigere Alternative dazu wäre eine reine Kapitalabsicherung ohne Rente. Bei dieser Variante empfehlen wir jedoch eine 500% Progression, damit schwere Unfallfolgen höher abgesichert sind.

Alternativen zur Absicherung von Kindern finden Sie auf unserem Informationsblatt „Information für Eltern bezüglich Kinderabsicherungen“

- Alternative Absicherung gewünscht
- Sollten Sie eine andere Grundsumme wünschen, tragen Sie diese bitte hier ein: _____
- Sollten Sie eine andere Progression (z.B. 500% oder 1000%) wünschen, tragen Sie diese bitte hier ein: _____
- Absicherung der Unfallrente gewünscht. Gewünschte Höhe _____
- Absicherung der Unfallrente gewünscht. Gewünschte Höhe _____



Datenschutzerklärung

- (1) Der Auftraggeber willigt ein, dass die vom Versicherungsmakler angesprochenen Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (z. B. Beiträge, Versicherungsfälle, Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und an ihren Verband übermitteln dürfen. Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des beantragten Vertrages auch für entsprechende Prüfung bei anderweitig zu beantragenden Versicherungsverträgen und bei künftigen Antragstellungen des Auftraggebers.
- (2) Der Auftraggeber willigt ferner ein, dass diese Versicherer, soweit dies zur ordnungsgemäßen Durchführung seiner Versicherungsangelegenheiten erforderlich ist, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den Versicherungsmakler weitergeben.
- (3) Der Auftraggeber willigt weiter darin ein, dass seine Personalien und Kontoverbindungen vom Versicherungsmakler zum Zweck der Kundenbetreuung gespeichert werden können. **Der Versicherungsmakler darf die so gewonnenen Daten verwenden, um den Kunden weiterführend auch in anderen Produktparten zu beraten und ihn kontaktieren, um ihm weitere Produktvorschläge zu unterbreiten.**
- (4) Gesundheitsdaten dürfen nur streng vertraulich an Personen- und deren Rückversicherer übermittelt werden. An Versicherungsmakler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit dieses zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.
- (5) Der Auftraggeber willigt ein, dass die dem Versicherungsmakler überlassenen Daten auch für die vereinbarte Erteilung von Untervollmachten an von Berufswegen zur Verschwiegenheit verpflichteter Personenkreise (z. B. Rechtsanwälte, Steuerberater) und an mit der Vermittlung und Betreuung befasste Personen und Unternehmen im Rahmen der zu beauftragenden Interessenwahrnehmung des Auftraggebers weitergegeben werden dürfen.
- (6) Diese Einwilligung zur Verwendung und Speicherung personenbezogener Daten kann dem Versicherungsmakler jederzeit und unabhängig von dem restlichen Vertrag entzogen werden.

Datenschutzklausel

Mit Bezug auf meine Versicherungsanfrage erteile ich der Fairsicherungsladen Frankfurt Versicherungsmakler GmbH die Zustimmung zur Speicherung und Verarbeitung der für die Bearbeitung der Anfrage notwendigen persönlichen Daten unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorschriften.

Diese Zustimmung erfasst auch die Weitergabe an Dritte (z.B. Anbieter von Versicherungen), soweit diese die Daten für die Erstellung von Angeboten benötigen. Eine Übersicht potenzieller Empfänger können Sie der Geschäftspartnerübersicht entnehmen. Auf Anfrage erhalten Sie selbstverständlich auch Auskunft, an wen tatsächlich Sie betreffende Daten von uns übermittelt wurden.

Für die die Bearbeitung Ihrer Versicherungsanfrage ist es erforderlich, dass wir Ihre Daten im beschriebenen Umfang speichern. Wenn Sie soweit zulässig von Ihrem Recht auf Löschung der Daten Gebrauch machen oder auf die Einschränkung der Verarbeitung bestehen, endet regelmäßig die Zusammenarbeit.

Sie können diese Einwilligungen jeweils einzeln erteilen und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Beachten Sie bitte, dass wir dann ggfs. nicht mehr für Sie tätig sein können. Weiterreichende Informationen entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzrichtlinie mit Geschäftspartnerliste.

Gesprächspartner und
weitere Anwesende _____

Beratungsort und Datum: _____

Unterschrift Kunde _____

Unterschrift Vermittler _____