

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

ComVers GmbH
 Marienthaler Str. 94 • 20535 Hamburg
 Tel.: 040 / 298721-0 • Fax: 040 / 298721-99
 info@ComVers.de
 http://www.ComVers.de

Persönlicher Ansprechpartner:

1. Versicherte Person	
Name, Geburtsdatum, Geschlecht und Beruf der versicherten / zu versichernden Personen Bitte jede Person in gesondertem Fragebogen aufnehmen	Name <input type="text"/> Vorname <input type="text"/> Beruf <input type="text"/> Geburtsdatum <input type="text"/> Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
2. Gesundheitsfragen	- nur zur Orientierung - maßgeblich sind die Antragsfragen des jeweiligen Versicherers! -
2.1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren wesentliche gesundheitliche Beeinträchtigungen? Wesentlich sind insbesondere Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen, die - in den letzten 5 Jahren zur Behandlung in einem Krankenhaus oder zu einer 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	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , genauere Informationen <input type="text"/>
2.2. Liegen weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen vor, nach denen bis jetzt nicht ausdrücklich gefragt wurde?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
2.3. Üben Sie gefährliche Hobbys (z.B. Fallschirmspringen, Rafting, Bungee-Jumping, Free-Climbing, Segelfliegen, Kampfsport) aus?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche? <input type="text"/>
3. Pauschale Ermittlung der gewünschten Versicherungssummen und des gewünschten Versicherungsschutzes	Die nachfolgenden Berechnungen sind nur als Vorschlag zu verstehen. Je nach persönlicher Situation muss davon abgewichen werden - insbesondere wenn bereits durch andere Versicherungen eine (Teil-)Absicherung besteht.

<input type="checkbox"/> Invalditätssumme Vorschlag: Jahreseinkommen x 3, mind. 100.000 €	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Progression:	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> 200% - 250% <input type="checkbox"/> 300% - 350% <input type="checkbox"/> 400% - 500% <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Todesfalleistung Soll dieses Risiko über die Unfallversicherung, oder eine separate Risikolebensversicherung (Ri-LV) abgedeckt werden? Vorschlag: Die Todesfalleistung sollte ca. in Höhe des 250-fachen monatlichen Kapitalbedarf der Hinterbliebenen (zzgl. offener Kredite) abgesichert werden	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> Absicherung über Ri-LV <input type="checkbox"/> Unfalltod: <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Krankenhaustagegeld / Genesungsgeld Soll ein Ausgleich der finanziellen Mehrbelastung aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes über die Unfallversicherung oder über eine Krankenversicherung erfolgen? Vorschlag: Um einen Ausgleich zum verminderten Krankentagegeld zu erhalten, sollte ca. 2 % des monatlichen Nettoeinkommens abgesichert werden.	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> Absicherung über Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Unfall-KHTG: <input type="text"/> € pro Tag
<input type="checkbox"/> Unfallrente Soll eine Rentenleistung über die Unfallversicherung, oder über eine separate Berufsunfähigkeitsversicherung (BU) dargestellt werden? Vorschlag: Wenn eine Unfallrente gewünscht wird, sollte diese ca. die Höhe des monatlichen Nettoeinkommens erreichen.	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> Absicherung über BU <input type="checkbox"/> Unfallrente: <input type="text"/> € pro Monat
<input type="checkbox"/> Sofortleistung, Übergangsleistung, Assistance-Leistungen Wünschen Sie den Einschluss dieser Leistungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , <input type="checkbox"/> Sofortleistung <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> Übergangsleistung <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> Assistance-Leistungen
Weitere Einschlüsse Sind nachfolgend aufgeführte Positionen mit den angegebenen Summen ausreichend? <ul style="list-style-type: none"> • Bergungskosten: 5.000 € • kosmetische Operationen: 5.000 € • Kurkostenbeihilfe: 1.000 € 	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja Wenn nein , bitte gewünschte Mindestsumme: <input type="text"/>
4. Gewünschte Zahlweise und Zahlungsart	<input type="checkbox"/> per Rechnung <input type="checkbox"/> per Lastschrift <input type="checkbox"/> 1/1- <input type="checkbox"/> 1/2- <input type="checkbox"/> 1/4- <input type="checkbox"/> 1/12- jährlich

5. Vorversicherung	
5.1. Besteht oder bestand eine Vorversicherung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , Gesellschaft <input type="text"/> Vers.Nr. <input type="text"/> Ablauf <input type="text"/> Kündigung durch <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer
5.2. Versicherungsumfang der bestehenden Versicherung	<input type="checkbox"/> Inv. Grundsumme <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> Progression <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> Todesfallleistung <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> KHTG <input type="text"/> € pro Tag <input type="checkbox"/> Genesungsgeld <input type="text"/> € pro Tag <input type="checkbox"/> Unfallrente <input type="text"/> € pro Monat <input type="checkbox"/> Sofortleistung <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> Übergangsleistung <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> Assistance-Leistungen
5.3. Anzahl, Art und Höhe der Vorschäden in den letzten 5 Jahren	<input type="checkbox"/> keine <input type="text"/>
6. Wird weiterer Versicherungsschutz gewünscht: Berufsunfähigkeitsversicherung Erwerbsunfähigkeitsversicherung Krankenzusatzversicherung Dread Disease	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welcher? <input type="text"/>
7. Sonstige Hinweise, Bemerkungen	<input type="text"/>
8. Einverständniserklärung zur Datenweitergabe und Belehrung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

<hr/> Datum, Unterschrift des Versicherungsmaklers	<hr/> Datum, Unterschrift des Kunden
Interne Notizen	
Mitarbeiter: <input type="text"/> Datum : <input type="text"/> Uhrzeit: Von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben <input type="checkbox"/> persönliche Besprechung <input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Rev. 004 vom 16.04.2012	