



Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Atlantic Gesellschaft für Versicherungsvermittlung mbH
 Versicherungsmakler
 Wandsbeker Zollstraße 5 • 22041 Hamburg
 Tel.: 040 / 688 60 60
 Fax: 040 / 688 60 626
 info@atlantic-versmkl.de
 http://www.atlantic-versmkl.de

Persönlicher Ansprechpartner:

<p>1. Versicherte Person 1</p>	
<p>Name, Geburtsdatum, Geschlecht und Beruf der versicherten / zu versichernden Personen</p>	<p>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</p>
<p>1.1. Gesundheitsfragen</p>	<p>- nur zur Orientierung - maßgeblich sind die Antragsfragen des jeweiligen Versicherers! -</p>
<p>1.1.1. 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</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, genauere Informationen</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>
<p>1.1.2. Liegen weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen vor, nach denen bis jetzt nicht ausdrücklich gefragt wurde?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>1.1.3. Üben Sie gefährliche Hobbys (z.B. Fallschirmspringen, Rafting, Bungee-Jumping, Free-Climbing, Segelfliegen, Kampfsport) aus?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>



<p>1.2. Pauschale Ermittlung der gewünschten Versicherungssummen und des gewünschten Versicherungsschutzes</p>	<p>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.</p>
<p><input type="checkbox"/> Invaliditätssumme Vorschlag: Jahreseinkommen x 3, mind. 100.000 €</p>	<p><input type="text"/> €</p>
<p><input type="checkbox"/> Progression:</p>	<p><input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> 200% - 250% <input type="checkbox"/> 300% - 350% <input type="checkbox"/> 400% - 500% <input type="text"/></p>
<p><input type="checkbox"/> Todesfallleistung Soll dieses Risiko über die Unfallversicherung, oder eine separate Risikolebensversicherung (Ri-LV) abgedeckt werden? Vorschlag: Die Todesfallleistung sollte ca. in Höhe des 250-fachen monatlichen Kapitalbedarf der Hinterbliebenen (zzgl. offener Kredite) abgesichert werden</p>	<p><input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> Absicherung über Ri-LV <input type="checkbox"/> Unfalltod: <input type="text"/> €</p>
<p><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.</p>	<p><input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> Absicherung über Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Unfall-KHTG: <input type="text"/> € pro Tag</p>
<p><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.</p>	<p><input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> Absicherung über BU <input type="checkbox"/> Unfallrente: <input type="text"/> € pro Monat</p>
<p><input type="checkbox"/> Sofortleistung, Übergangsleistung, Assistance-Leistungen Wünschen Sie den Einschluss dieser Leistungen?</p>	<p><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</p>
<p>Weitere Einschlüsse Sind nachfolgend aufgeführte Positionen mit den angegebenen Summen ausreichend?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bergungskosten: 5.000 € • kosmetische Operationen: 5.000 € • Kurkostenbeihilfe: 1.000 € 	<p><input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja Wenn nein, bitte gewünschte Mindestsumme: <input type="text"/></p>
<p>1.3. Vorversicherung</p>	



<p>1.3.1. Besteht oder bestand eine Vorversicherung?</p>	<p><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, Grund: <input type="text"/></p>
<p>1.3.2. Versicherungsumfang der bestehenden Versicherung</p>	<p><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</p>
<p>1.3.3. Anzahl, Art und Höhe der Vorschäden in den letzten 5 Jahren</p>	<p><input type="checkbox"/> keine <input type="text"/></p>
<p>1.4. Wird weiterer Versicherungsschutz gewünscht: Berufsunfähigkeitsversicherung Erwerbsunfähigkeitsversicherung Krankenzusatzversicherung Dread-Disease</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welcher? <input type="text"/></p>
<p>2. Versicherte Person 2</p>	
<p>Name, Geburtsdatum, Geschlecht und Beruf der versicherten / zu versichernden Personen Bitte jede weitere Person in gesondertem Fragebogen aufnehmen</p>	<p>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</p>
<p>2.1. Gesundheitsfragen - nur zur Orientierung - maßgeblich sind die Antragsfragen des jeweiligen Versicherers! -</p>	
<p>2.1.1. 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</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, genauere Informationen <input type="text"/></p>



<p>2.1.2. Liegen weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen vor, nach denen bis jetzt nicht ausdrücklich gefragt wurde?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
<p>2.1.3. Üben Sie gefährliche Hobbys (z.B. Fallschirmspringen, Rafting, Bungee-Jumping, Free-Climbing, Segelfliegen, Kampfsport) aus?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>2.2. Pauschale Ermittlung der gewünschten Versicherungssummen und des gewünschten Versicherungsschutzes</p>	<p>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.</p>
<p><input type="checkbox"/> Invaliditätssumme Vorschlag: Jahreseinkommen x 3, mind. 100.000 €</p>	<p><input type="text" value=""/> €</p>
<p><input type="checkbox"/> Progression:</p>	<p><input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> 200% - 250% <input type="checkbox"/> 300% - 350% <input type="checkbox"/> 400% - 500% <input type="text" value=""/></p>
<p><input type="checkbox"/> Todesfallleistung Soll dieses Risiko über die Unfallversicherung, oder eine separate Risikolebensversicherung (Ri-LV) abgedeckt werden? Vorschlag: Die Todesfallleistung sollte ca. in Höhe des 250-fachen monatlichen Kapitalbedarf der Hinterbliebenen (zzgl. offener Kredite) abgesichert werden</p>	<p><input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> Absicherung über Ri-LV <input type="checkbox"/> Unfalltod: <input type="text" value=""/> €</p>
<p><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.</p>	<p><input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> Absicherung über Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Unfall-KHTG: <input type="text" value=""/> € pro Tag</p>
<p><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.</p>	<p><input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> Absicherung über BU <input type="checkbox"/> Unfallrente: <input type="text" value=""/> € pro Monat</p>
<p><input type="checkbox"/> Sofortleistung, Übergangsleistung, Assistance-Leistungen Wünschen Sie den Einschluss dieser Leistungen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja,</p> <p><input type="checkbox"/> Sofortleistung <input type="text" value=""/> € <input type="checkbox"/> Übergangsleistung <input type="text" value=""/> € <input type="checkbox"/> Assistance-Leistungen</p>



<p>Weitere Einschlüsse Sind nachfolgend aufgeführte Positionen mit den angegebenen Summen ausreichend?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bergungskosten: 5.000 € • kosmetische Operationen: 5.000 € • Kurkostenbeihilfe: 1.000 € 	<p><input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja Wenn nein, bitte gewünschte Mindestsumme:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>2.3. Vorversicherung</p>	
<p>2.3.1. Besteht oder bestand eine Vorversicherung?</p>	<p><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, Grund: <input type="text"/></p>
<p>2.3.2. Versicherungsumfang der bestehenden Versicherung</p>	<p><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</p>
<p>2.3.3. Anzahl, Art und Höhe der Vorschäden in den letzten 5 Jahren</p>	<p><input type="checkbox"/> keine</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.4. Wird weiterer Versicherungsschutz gewünscht: Berufsunfähigkeitsversicherung Erwerbsunfähigkeitsversicherung Krankenzusatzversicherung Dread-Disease</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welcher?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3. Gewünschte Zahlweise und Zahlart</p>	<p><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</p>
<p>4. Sonstige Hinweise, Bemerkungen</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>



5. Einverständniserklärung zur Datenweitergabe und Belehrung

Bei den Fragen handelt es sich um Fragen über gefahrerhebliche Umstände. Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, im Falle der vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.

Wird die Anzeigepflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, hat der Versicherer das Recht, den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Anzeigepflichtverletzung unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.

6. Unterschrift

Datum, Unterschrift des Kunden

Interne Notizen

Mitarbeiter: _____
Datum : _____
Uhrzeit: Von _____ bis _____

- telefonische Erfassung schriftliche Kundenangaben
- persönliche Besprechung
- im Maklerbüro beim Kunden
- _____