

ERFASSUNGSBOGEN PRIVATE UNFALLVERSICHERUNG

Lassen Sie uns den ausgefüllten Fragebogen einfach per E-Mail, Fax oder auf dem Postweg zukommen und wir senden Ihnen die passenden Angebote zu.

E-Mail: info@neversa-privat.de

Fax: 069 6671 4306

Per Post: neversa privat Versicherungsdienst, Lyonerstr. 23, 60528 Frankfurt am Main

* Für die Berechnung erforderliche Pflichtfelder

Personendaten

Anrede

Titel

Vor- und Nachname*

Geburtsdatum *

Straße*

PLZ, Ort*

Telefon (privat)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail *

Telefax

Berufsstatus*

Beamter / Öffentlicher Dienst

Berufliche Branche*

Bevorzugte Kommunikation

Allgemeine Angaben	
Gewünschter Versicherungsbeginn	<input type="text"/>
Von einem Vorversicherer gekündigt*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gewünschte Invaliditätssumme	<input type="text"/> €
Progression mindestens	<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 225% <input type="checkbox"/> 350% <input type="checkbox"/> 500% <input type="checkbox"/> 600% <input type="checkbox"/> 1000%
Gewünschte Todesfallsumme	<input type="text"/> €
Zusätzliche Unfallrente erwünscht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Krankenhaustagegeld erwünscht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Krankentagegeld erwünscht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie zuvor schon mal Leistungen aus einer Unfallversicherung beansprucht*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Versicherte Kosten	
Kosmetische Operationen	<input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Nicht wichtig
Zahnbehandlungs- und Zahnzusatzkosten	<input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Nicht wichtig
Bergungskosten	<input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Nicht wichtig
Kurkostenbeihilfe	<input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Nicht wichtig
Erweiterung des Unfallbegriffs	
Eigenbewegung (Es besteht Versicherungsschutz, wenn ein Gelenk verrenkt, Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder gerissen, Menisken oder sonstige Knorpel geschädigt werden, sowie bei Knochenbrüchen. Ausgeschlossen sind Bandscheibenschäden.)	<input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Nicht wichtig
Erstickungs- und Ertrinkungstod	<input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Nicht wichtig

Tauchtypische Gesundheitsschädigungen	<input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Nicht wichtig
Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug	<input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Nicht wichtig
Rettung von Menschen, Tieren, Sachen	<input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Nicht wichtig
Allergische Reaktionen durch Insektenstiche	<input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Nicht wichtig
Haushaltshilfe, Kinderbetreuung (Höhe der Kosten pro Tag)	Mindestens <input type="checkbox"/> 30€ <input type="checkbox"/> 60€ <input type="checkbox"/> 100€
Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Nahrung oder Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre)	<input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Nicht wichtig
Vergiftungen durch das Einatmen von Gasen, Dämpfen und anderen giftigen Stoffen	<input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Nicht wichtig
Deckungserweiterungen	
Bewusstseinsstörungen durch Alkoholkonsum (bis 1,1‰) oder Medikamente	<input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Nicht wichtig
Psychische und nervöse Störungen	<input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Nicht wichtig
Infektionen: Insektenstiche oder Zeckenbisse	<input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Nicht wichtig
Weitere Infektionen und Impfschäden	<input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Nicht wichtig
Anerkennung der Invalidität bei Bestehen für mindestens	<input type="checkbox"/> 12 Monate <input type="checkbox"/> 15 Monate <input type="checkbox"/> 24 Monate <input type="checkbox"/> Nicht wichtig
Frist zur Feststellung und Geltendmachung von Leistungen mindestens	<input type="checkbox"/> 15 Monate <input type="checkbox"/> 18 Monate <input type="checkbox"/> 24 Monate <input type="checkbox"/> 30 Monate <input type="checkbox"/> Nicht wichtig
Zusätzliche Leistungen	
Sofortleistung bei Knochenbrüchen	<input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Nicht wichtig
Sofortleistung bei Schwerverletzungen	<input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Nicht wichtig
Rooming-In (Übernachungskosten für eine Begleitperson, bei stationärem Krankenhausaufenthalt)	<input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Nicht wichtig

Minderung der Leistung durch Mitwirkung von Vorerkrankungen	Ab <input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> nicht wichtig
Dauer Krankenhaustagegeld mind.	<input type="checkbox"/> 2 Jahre <input type="checkbox"/> 3 Jahre <input type="checkbox"/> 5 Jahre
Genesungsgeld mind.	<input type="checkbox"/> 100Tage <input type="checkbox"/> 200 Tage <input type="checkbox"/> 500 Tage
Reha-Management	<input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Nicht wichtig
Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Nicht wichtig

Zahlungsweise und -art

Zahlungsweise	<input type="checkbox"/> jährlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich
	<input type="checkbox"/> vierteljährlich	<input type="checkbox"/> monatlich
Zahlungsart	<input type="checkbox"/> Rechnung	<input type="checkbox"/> Lastschriftverfahren

Besonderheiten/ Kundenwünsche

Ort | Datum | Unterschrift