

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 1332655

Per Post: neversa privat Versicherungsdienst, Kornmarkt 6, 60311 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

Von einem Vorversicherer gekündigt*

Ja Nein

Gewünschte Invaliditätssumme

 €

Progression mindestens

100% 225% 350%
 500% 600% 1000%

Gewünschte Todesfallsumme

 €

Zusätzliche Unfallrente erwünscht

Ja Nein

Krankenhaustagegeld erwünscht

Ja Nein

Krankentagegeld erwünscht

Ja Nein

Haben Sie zuvor schon mal Leistungen aus einer Unfallversicherung beansprucht*

Ja Nein

Versicherte Kosten

Kosmetische Operationen

Wichtig Nicht wichtig

Zahnbehandlungs- und Zahnzusatzkosten

Wichtig Nicht wichtig

Bergungskosten

Wichtig Nicht wichtig

Kurkostenbeihilfe

Wichtig 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.)

Wichtig Nicht wichtig

Erstickungs- und Ertrinkungstod

Wichtig 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 100 % 75% 50%
 25% nicht wichtig

Dauer Krankenhaustagegeld mind.

2 Jahre 3 Jahre 5 Jahre

Genesungsgeld mind.

100Tage 200 Tage 500 Tage

Reha-Management

Wichtig Nicht wichtig

Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit

Wichtig 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