

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 1332676

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

Wichtig Nicht wichtig

Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug

Wichtig Nicht wichtig

Rettung von Menschen, Tieren, Sachen

Wichtig Nicht wichtig

Allergische Reaktionen durch Insektenstiche

Wichtig Nicht wichtig

Haushaltshilfe, Kinderbetreuung (Höhe der Kosten pro Tag)

Mindestens 30€ 60€ 100€

Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Nahrung oder Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre)

Wichtig Nicht wichtig

Vergiftungen durch das Einatmen von Gasen, Dämpfen und anderen giftigen Stoffen

Wichtig Nicht wichtig

Deckungserweiterungen

Bewusstseinsstörungen durch Alkoholkonsum (bis 1,1‰) oder Medikamente

Wichtig Nicht wichtig

Psychische und nervöse Störungen

Wichtig Nicht wichtig

Infektionen: Insektenstiche oder Zeckenbisse

Wichtig Nicht wichtig

Weitere Infektionen und Impfschäden

Wichtig Nicht wichtig

Anerkennung der Invalidität bei Bestehen für mindestens

12 Monate 15 Monate
 24 Monate Nicht wichtig

Frist zur Feststellung und Geltendmachung von Leistungen mindestens

15 Monate 18 Monate
 24 Monate 30 Monate
 Nicht wichtig

Zusätzliche Leistungen

Sofortleistung bei Knochenbrüchen

Wichtig Nicht wichtig

Sofortleistung bei Schwerverletzungen

Wichtig Nicht wichtig

Rooming-In (Übernachungskosten für eine Begleitperson, bei stationärem Krankenhausaufenthalt)

Wichtig 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