

Vorschlagsanforderung Unfall-Versicherung

Individueller Vorschlag



Bitte senden Sie mir einen individuellen Vorschlag für eine private Unfall-Versicherung.

Felder die mit einem Stern * gekennzeichnet sind, sind für die Erstellung eines individuellen Vorschlages erforderlich und müssen ausgefüllt werden.

PERSONENDATEN

<p>_____ Akademischer Titel, Vorname, Nachname *</p> <p>_____ Straße, Nr. *</p> <p>_____ PLZ, Ort *</p> <p>_____ Telefon (dienstl./tagsüber) *</p> <p>_____ Telefon (privat)</p> <p>_____ Handy</p> <p>_____ Fax</p> <p>_____ E-Mail *</p> <p>_____ Internetadresse</p> <p>_____ Geburtsdatum *</p>	<p>_____ Hochschulabschluss als</p> <p>_____ Beruf/aktuelle Tätigkeit *</p> <p>Approbation: * <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Ärztliche Ausbildung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als: _____</p> <p>BDP-Mitglied: * <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Mitglieds-Nr.: _____</p> <p>Mitgliedschaft in anderen Berufs- oder Fachverbänden: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Name der Verbände: _____</p> <p>Mitgliedschaft in der Psychotherapeutenkammer: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Bundesland: _____</p> <p>Gewünschter Versicherungsbeginn: _____</p>
---	--

A) ALLGEMEINE ANGABEN

HINWEIS: Falls der Platz nicht ausreicht, schicken Sie uns bitte ergänzende Informationen per E-Mail, Post oder Fax.

Zu versichernde Personen:

Nummer	Name, Vorname	Geburtsdatum	Beruf	körperlich tätig
1	siehe oben	siehe oben	siehe oben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

WICHTIGER HINWEIS: Bei der Annahme eines Antrages auf Unfallversicherung erfolgt eine Risikoprüfung anhand von Gesundheitsfragen und Angaben zu risikorelevanten Aspekten. Dazu gehören:

- bereits erlittene Unfälle
- bestehende Behinderungen oder Erkrankungen
- Ausübung gefährlicher Sportarten

Der Versicherer kann die Annahme eines Antrages ablehnen oder von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

Ermittlung wichtiger Leistungsparameter:

Folgende Erweiterungen des Versicherungsschutzes sind mir wichtig		Kurzübersicht Versicherungsumfang ¹⁾		
		BDP-Sonderkonzept	TOP-Paket	CuraPlus
Übernahme behinderungsbedingter Kosten	<input type="checkbox"/> wichtig <input type="checkbox"/> unwichtig		✓	
Sofortleistung/Vorschusszahlung bei schweren Verletzungen	<input type="checkbox"/> wichtig <input type="checkbox"/> unwichtig	✓		
Haushaltshilfegeld / Haushaltshilfe	<input type="checkbox"/> wichtig <input type="checkbox"/> unwichtig		✓	✓
Infektionsklausel, Insektenbisse und -stiche, Infektionen bei Ausübung der Berufstätigkeit, Impfschäden	<input type="checkbox"/> wichtig <input type="checkbox"/> unwichtig	✓	✓	
Bewusstseinstörungen durch Medikamente	<input type="checkbox"/> wichtig <input type="checkbox"/> unwichtig		✓	
Nahrungs-/Lebensmittelvergiftungen	<input type="checkbox"/> wichtig <input type="checkbox"/> unwichtig	✓		
Verbesserte Gliedertaxe (gegenüber GDV-Musterbedingungen)	<input type="checkbox"/> wichtig <input type="checkbox"/> unwichtig	✓	✓	
Folgen psychischer und nervöser Störungen ²⁾	<input type="checkbox"/> wichtig <input type="checkbox"/> unwichtig	-	-	-
Verbesserte Mitwirkungsregelung bei bestehenden (Vor)Erkrankungen	<input type="checkbox"/> wichtig <input type="checkbox"/> unwichtig	✓		
Verspätete Schadenmeldung/Verlängerte Anmeldefrist	<input type="checkbox"/> wichtig <input type="checkbox"/> unwichtig	✓ teilweise		
Leistung als einmalige Kapitalzahlung auch nach dem 65. Lebensjahr	<input type="checkbox"/> wichtig <input type="checkbox"/> unwichtig	✓		
Taucherklausel/Dekompressionskammer	<input type="checkbox"/> wichtig <input type="checkbox"/> unwichtig		✓	

Zusätzlich bei Kinderunfall		BDP-Sonderkonzept	TOP-Paket	CuraPlus
Nachhilfegeld bei Schulunfähigkeit	<input type="checkbox"/> wichtig <input type="checkbox"/> unwichtig	-	-	-
Rooming-In-Leistungen	<input type="checkbox"/> wichtig <input type="checkbox"/> unwichtig	✓		
Vergiftungen bei Kindern über 10 Jahre ³⁾	<input type="checkbox"/> wichtig <input type="checkbox"/> unwichtig	✓		
durch Krankheiten verursachte Invalidität und/oder Erwerbsunfähigkeit ⁴⁾	<input type="checkbox"/> wichtig <input type="checkbox"/> unwichtig	-	-	-

¹⁾ Es handelt sich hier um eine verkürzte Darstellung versicherter Leistungen. Die konkrete Ausgestaltung des Versicherungsschutzes ergibt sich ausschließlich aus den jeweils zu Grunde liegenden Versicherungsbedingungen.

²⁾ Versichert ist jedoch eine psychologische Soforthilfe nach Geiselnahme.

³⁾ Vergiftungen sind bei Kindern bis zu 14 Jahren mitversichert.

⁴⁾ Versicherbar durch Einschluß der Gothaer Kinder-Rente.

Ich bin interessiert an Informationen zur Gothaer Kinder-Rente.

B) SPEZIFISCHE FRAGEN ZUM VERSICHERUNGSBEDARF

HINWEIS: Falls der Platz nicht ausreicht, schicken Sie uns bitte ergänzende Informationen per E-Mail, Post oder Fax.

Angaben zum gewünschten Versicherungsschutz:

INDIVIDUELLER VORSCHLAG

Grundsumme Invalidität	<input type="checkbox"/> Nr. 1 _____ EUR <input type="checkbox"/> Nr. 2 _____ EUR <input type="checkbox"/> Nr. 3 _____ EUR <input type="checkbox"/> Nr. 4 _____ EUR
Progressionsstaffel	<input type="checkbox"/> Nr. 1 <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> 350 % <input type="checkbox"/> 600% <input type="checkbox"/> Nr. 2 <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> 350 % <input type="checkbox"/> 600% <input type="checkbox"/> Nr. 3 <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> 350 % <input type="checkbox"/> 600% <input type="checkbox"/> Nr. 4 <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> 350 % <input type="checkbox"/> 600%
Todesfall-Leistung	<input type="checkbox"/> Nr. 1 _____ EUR <input type="checkbox"/> Nr. 2 _____ EUR <input type="checkbox"/> Nr. 3 _____ EUR <input type="checkbox"/> Nr. 4 _____ EUR
Bergungskosten	<input type="checkbox"/> Nr. 1 _____ EUR <input type="checkbox"/> Nr. 2 _____ EUR <input type="checkbox"/> Nr. 3 _____ EUR <input type="checkbox"/> Nr. 4 _____ EUR
Kosmetische Operationen	<input type="checkbox"/> Nr. 1 _____ EUR <input type="checkbox"/> Nr. 2 _____ EUR <input type="checkbox"/> Nr. 3 _____ EUR <input type="checkbox"/> Nr. 4 _____ EUR
Unfall-Krankenhaus-Tagegeld/Genesungsgeld (GG)	<input type="checkbox"/> Nr. 1 _____ EUR <input type="checkbox"/> mit GG <input type="checkbox"/> Nr. 2 _____ EUR <input type="checkbox"/> mit GG <input type="checkbox"/> Nr. 3 _____ EUR <input type="checkbox"/> mit GG <input type="checkbox"/> Nr. 4 _____ EUR <input type="checkbox"/> mit GG
Tagegeld	<input type="checkbox"/> Nr. 1 _____ EUR ab ____ . Tag <input type="checkbox"/> Nr. 2 _____ EUR ab ____ . Tag <input type="checkbox"/> Nr. 3 _____ EUR ab ____ . Tag <input type="checkbox"/> Nr. 4 _____ EUR ab ____ . Tag
UnfallRente – (gewünschte Monatsrente)	<input type="checkbox"/> Nr. 1 _____ EUR <input type="checkbox"/> bis 65. Lj. <input type="checkbox"/> lebenslang <input type="checkbox"/> Nr. 2 _____ EUR <input type="checkbox"/> bis 65. Lj. <input type="checkbox"/> lebenslang <input type="checkbox"/> Nr. 3 _____ EUR <input type="checkbox"/> bis 65. Lj. <input type="checkbox"/> lebenslang <input type="checkbox"/> Nr. 4 _____ EUR <input type="checkbox"/> bis 65. Lj. <input type="checkbox"/> lebenslang
Unfall-Heilkosten ⁵⁾ (1.000 EUR und ein vielfaches davon möglich, max. 5.000 EUR für gesetzlich und 10.000 EUR für privat Versicherte)	<input type="checkbox"/> Nr. 1 _____ EUR <input type="checkbox"/> Nr. 2 _____ EUR <input type="checkbox"/> Nr. 3 _____ EUR <input type="checkbox"/> Nr. 4 _____ EUR
Weitere Leistungen Nr. 1	
Weitere Leistungen Nr. 2	
Weitere Leistungen Nr. 3	
Weitere Leistungen Nr. 4	

⁵⁾ Die Absicherung erfolgt über das Produkt „Gesund und Munter“ der Baden Badener Versicherung AG.

C) Vorhandener bzw. bisheriger Versicherungsschutz

Nummer	Vorversicherung?	Versicherer	Gekündigt?	Vorschäden?
1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sonstige Anmerkungen zur Vorversicherung:

D) Sonstige Wünsche zum Versicherungsschutz oder Anmerkungen:

Weitere ergänzende Informationen folgen

per E-Mail an mail@bdp-wirtschaftsdienst.de per Fax an 030-20 91 66 555 per Post an unten stehende Adresse

- Die Information über die Wirtschaftsdienst GmbH nach §11 VersVermV und zum Datenschutz (Anlage zur Vorschlagsanforderung) habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. *
- Ich bestätige mit der Absendung der Anforderung bzw. durch Unterschrift, daß alle Angaben von mir nach besten Wissen und Gewissen gemacht wurden. Ich bin mir bewußt, daß falsche oder unzureichende Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes oder zu nicht ausreichenden Versicherungsschutz führen können. *

Datum _____

X

Unterschrift (sofern Zusendung per Fax/Post erfolgt) _____

Formular drucken

Bitte senden Sie den Fragebogen einfach per Fax an
030 - 20 91 66 555 oder per Post an unten stehende Adresse.

Formular senden

Das PDF wird an folgende E-Mail-Adresse übermittelt:
mail@bdp-wirtschaftsdienst.de



A) Informationsübersicht gemäß § 11 Versicherungsvermittlerverordnung

Firmierung und Anschrift:

Wirtschaftsdienst GmbH des Berufsverbandes
deutscher Psychologen
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin
Telefon: 030 / 20 91 66 513
E-Mail: m.marek@bdp-wirtschaftsdienst.de
Internet: www.bdp-wirtschaftsdienst.de

Geschäftsführer:

Dr. Michael Marek

Handelsregister:

Sitz der Gesellschaft: Berlin
Amtsgericht Berlin HRB 121060

Zuständige Aufsichtsbehörde:

Industrie- und Handelskammer zu Berlin
Fasanenstraße 85, 10623 Berlin
www.berlin.ihk24.de

Vermittlerregister-Nr.:

D-6DDQ-GSGJB-31

Status der Tätigkeit:

Versicherungsmakler mit Erlaubnis gem.
§ 34 d Abs. 1 Gewerbeordnung (GewO)

Auflagen für die Erlaubnis:

Keine

Versicherungsschein-Nr.:

VAS 0700965 Nassau Versicherungen

Schlichtungsstellen (gemäß § 11 Ab. 1 Nr. 7):

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632, 10006 Berlin

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin

Ombudsfrau der privaten Bausparkassen
Postfach 30 30 79
10730 Berlin

Datum der Erstellung:

31.08.2010

Sollte es jemals zu Unstimmigkeiten kommen, steht Ihnen bei der Wirtschaftsdienst GmbH des BDP Herr Dr. Michael Marek als Ansprechpartner gerne zur Verfügung.

Einsicht kann genommen werden unter www.vermittlerregister.info oder DIHK, Breite Straße 29, 10178 Berlin, Tel.: 0 30 / 2 03 08 - 0.

Änderungen, die durch behördliche und/oder gesetzliche Auflagen bzw. durch betriebsinterne Veränderungen verursacht werden, bleiben vorbehalten. Weitere Informationen sowie Kommunikationsdaten entnehmen Sie bitte unserem Geschäftspapier oder besuchen Sie uns unter www.bdp-wirtschaftsdienst.de im Internet.

B) Datenschutzklausel

Der Kunde willigt ein, dass seine Daten zur Erstellung von Vorschlägen, zur Vertragsvermittlung und/oder zur Vertragsdurchführung an

- Versicherer und Assekuradeure,
- Bausparkassen,
- Finanzdienstleistungsinstitute und Wertpapierhandelsgesellschaften,
- Kreditinstitute und Kapitalanlagegesellschaften,
- Sozialversicherungsträger,
- Untervermittler,
- Kooperations-, Service- und Verbundpartner (z.B. Pools),
- Rechtsanwälte, Steuerberater, Wirtschaftsprüfer,
- Versicherungsombudsmänner und
- Rechtsnachfolger

im erforderlichen Umfang übermittelt werden dürfen. Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages, auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Die Einwilligung zur Datenübermittlung erstreckt sich auch auf die Übermittlung von Daten an Rückversicherer.

Personenbezogene Gesundheitsdaten dürfen nur übermittelt werden, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos, zur Beurteilung der Leistungspflicht und zur Vertragsvermittlung erforderlich ist.

Der Kunde willigt ebenfalls ein, dass seine Daten zur Vertragsverwaltung beim Vermittler gespeichert werden.

Wir versichern, die uns überlassenen Daten mit der gebotenen Sorgfalt und Verschwiegenheit zu behandeln. Außerdem versichern wir die Daten ausschließlich zur Versicherungsvermittlung und zur Kundenbetreuung zu verwenden und sie in keinem Fall an Adresshändler o. ä. weiter zu geben!