

Beratungsprotokoll Unfallversicherung (als Anlage zum Antrag)

Agenturstempel

Der Vermittler ist gesetzlich verpflichtet, Ihre Wünsche und Bedürfnisse nach Versicherungsschutz zu erfragen, Sie zu beraten, seinen Rat zu begründen und dies zu dokumentieren. Sie können auf die Beratung und die Dokumentation in Form einer gesonderten schriftlichen Erklärung verzichten.

VE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Personen-Nr. (Vers.-Nr.)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Abschlussverm. AD-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 MV 167 06.20 BIPRO 003309-070-000773

Antragsteller

Herr Frau

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Postfach/
Zustellergängung: _____ Haus-Nr. _____ Geburts-
Postleitzahl, datum
Wohnort: _____

Weitere Gesprächsteilnehmer (neben dem Vermittler)

Gesprächsteilnehmer 1 Herr Frau Gesprächsteilnehmer 2 Herr Frau Gesprächsteilnehmer 3 Herr Frau

Name/Titel _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

(z. B. Änderung/Erweiterung eines bestehenden Vertrags, Neuabschluss einer Versicherung)

Grund des Gesprächs: _____

Antrags- datum _____ Anzahl Anträge _____ UV _____

Bereits bestehende Lösungen, die bei der Empfehlung zu berücksichtigen sind

in der Berufsgenossenschaft pflichtversichert in der Berufsgenossenschaft freiwillig versichert Sonstige gesetzliche Vorsorge Sonstige private Vorsorge

Kundenwünsche

Zur Absicherung der wirtschaftlichen Folgen eines Unfalls

Invaliditätsleistung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schmerzensgeld Plus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Todesfall-Leistung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bergungskosten (Bergung/Überführung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Unfall-Krankenhaustagegeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Unfall-Tagegeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Genesungsgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Übergangsleistung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Unfall-Rente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hilfe- und Pflegeleistungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kosmetische Operationen (inkl. Zahnersatz)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Besonders zu berücksichtigende Gefahren: _____

Über die Inhalt des Tarifs Smart Premium Partner wurde ausführlich beraten: ja nein

Rat/Begründung/Kundenentscheidung

Zur Absicherung der wirtschaftlichen Folgen eines Unfalls

Abschluss einer: privaten Unfallversicherung ohne Progression 225 % Progression 350 % Progression

500 % Progression 1.000 % Progression

privaten Unfall-Rentenversicherung

Empfohlene Leistungen: _____

Empfohlener Deckungsumfang Smart Premium Partner

Begründung: _____

Kundenentscheidung: _____

Abweichungen zur Vermittlerempfehlung: _____

Besondere Wünsche bzw. weiterer Beratungsbedarf in oben nicht genannten Versicherungs- oder Vorsorgebereichen

Kein weiterer Bedarf

Empfangsbestätigung: Ich habe / Wir haben eine Ausfertigung des Beratungsprotokolls erhalten:

Ort, Datum: _____ Antragssteller: _____

Erstellt von (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen): Vermittler: _____

