

Unfallversicherung Vergleich - Manuelle Erfassung

Name, Vorname	_____
Strasse	_____
PLZ Ort	_____
Telefon	_____
eMail	_____
Vorname	_____
Geburtsdatum	_____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Handwerkliche/körperliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nicht körperlich/handw.tätig <input type="checkbox"/> körperlich oder handw.tätig <input type="checkbox"/> Kind
Tätig als (es gibt Sondereinstufungen für diese Berufe)	<input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Anlagenfahrer <input type="checkbox"/> Auslieferungsfahrer <input type="checkbox"/> Bauarbeiter, -helfer <input type="checkbox"/> Bergleute <input type="checkbox"/> Berufsfeuerwehr <input type="checkbox"/> Berufskraftfahrer <input type="checkbox"/> Einschaler <input type="checkbox"/> Eisenbieger <input type="checkbox"/> Eisenflechter <input type="checkbox"/> Dachdecker <input type="checkbox"/> Fassadenreiniger <input type="checkbox"/> Fleischer <input type="checkbox"/> Forstarbeiter <input type="checkbox"/> Gebäudereiniger <input type="checkbox"/> Gießer <input type="checkbox"/> Kraftfahrer <input type="checkbox"/> Maurer <input type="checkbox"/> Maschinenführer <input type="checkbox"/> Metzger <input type="checkbox"/> Möbelpacker <input type="checkbox"/> Pferdewirt <input type="checkbox"/> Rangierpersonal <input type="checkbox"/> Sägewerker <input type="checkbox"/> Schauspieler <input type="checkbox"/> Schausteller <input type="checkbox"/> Schiffbauer <input type="checkbox"/> Schiffsbesatzungen <input type="checkbox"/> Schlachter <input type="checkbox"/> Schornsteinfeger <input type="checkbox"/> Schreiner <input type="checkbox"/> Staplerfahrer <input type="checkbox"/> Taxifahrer <input type="checkbox"/> Tierärzte <input type="checkbox"/> Tierzüchter <input type="checkbox"/> Tischler <input type="checkbox"/> Trockenbauer <input type="checkbox"/> Veterinärmed.-techn. Assist. <input type="checkbox"/> Zimmerer
Grundinvalidität	_____
Progression Diagramm anzeigen	<input type="checkbox"/> 350% <input type="checkbox"/> 225% <input type="checkbox"/> 300% <input type="checkbox"/> 500% <input type="checkbox"/> 600% <input type="checkbox"/> 1000%
Vollinvalidität	_____
Todesfall	_____
Übergangsleistung	_____
Krankenhaus+ Genesungsgeld	_____
Unfall-Rente	_____

Knochenbruch (siehe Hilfe)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Einschluß Schwere Krankheiten (Krebserkrankung, Schlaganfall, Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Raucher in den letzten 12 Monaten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schwere Krankheiten Versicherungssumme	<input type="checkbox"/> 5000 <input type="checkbox"/> 10000 <input type="checkbox"/> 15000 <input type="checkbox"/> 20000 <input type="checkbox"/> 25000
Bleibende Schäden durch Eigenbewegungen mitversichern?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bleibende Schäden durch erhöhte Kraftanstrengung mitversichern?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Mitversichern von Bewusstseinstörungen durch Trunkenheit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (EU)
Mitversichern von Vergiftungen durch Gase und Dämpfe?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (EU)
Mitversichern von Vergiftungen bei Kindern bis zu 14 Jahre?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (EU)
Kosten für Übernachtung Erziehungsberechtigter im Krankenhaus bei Kinderunfall (Rooming-In)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Mitversichern von Nahrungsmittelvergiftungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Mitversichern von Schäden durch Röntgen-, Laser- und künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen (außer bei beruflichen Umgang)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (EU)
Mitversichern von Tauchtypische Gesundheitsschäden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (EU)
Sofortleistung bei schweren Unfällen (Vorschusszahlung)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kostenerstattung von Zahnersatz infolge Unfall?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Mitversichern von Insektenstiche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bessere Anrechnung der Mitwirkung von Krankheiten/Gebrechen bei Unfällen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wünschen Sie eine erweiterte Meldefristen bei Invalidität?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Leistung als einmalige Kapitalzahlung auch nach dem 65. Lebensjahr?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kosten einer Haushaltshilfe?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Mitversichern von Umschulungsmaßnahmen und behinderungsbedingte Kosten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Bergungskosten inkl. Rückholkosten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (EU)
Mitversichern von Körperschäden anlässlich der Rettung von Menschen und Sachen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (EU)
Sollen künftige Leistungsverbesserungen automatisch eingeschlossen werden ohne Beantragung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja