

# OFFERTANFRAGE Unfallversicherung



Per Fax an 03352/31100-4 oder per Email an office@vbm.at  
oder an VBM, Industriestraße 26/3, 7400 Oberwart senden.

## Wichtiger Hinweis:

Wir sind bemüht anhand dieses Fragebogens Ihre persönliche Risikosituation bestmöglich zu erfassen. Selbstverständlich sind wir bei der Erhebung der relevanten Risikodaten auf Ihre Unterstützung angewiesen. Für den Fall, dass Sie eine umfangreiche Risikoanalyse ablehnen und / oder Teilbereiche nicht vollständig bekannt geben wollen, verweisen wir darauf, dass wir dafür keine Verantwortung übernehmen können.

<b>Versicherungsnehmer:</b>		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> Familie	<input type="checkbox"/>	Ges. Soz.vers.:	
Name:						Geb. Datum:	
Anschrift:						Staatsbürgerschaft:	
Beruf:					<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig	Familienstand:	
Telefon:		Fax:		Email:			

Folgende Personen sollen versichert werden: wenn abweichend vom Versicherungsnehmer						
Name	Geb. Dat.	Geschlecht	Beruf	Entgeltliche Sportausübung	Extremsport (Tauchen, Paragleiten, Rafting, Bungy Jumping o. ä.)	
VP1:		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche	
VP2:		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche	
VP3:		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche	
VP4:		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche	
VP5:		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche	

<b>Dauerfolgen</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Grundsumme €	Von der Grundsumme wird eine einmalige Leistung, je nach Höhe der festgestellten Dauerfolgen, fällig.
Progression? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bis %		Dauerfolgen für: <input type="checkbox"/> VP1 <input type="checkbox"/> VP2 <input type="checkbox"/> VP3 <input type="checkbox"/> VP4 <input type="checkbox"/> VP5
Millionenschutz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein € ab % Dauerfolgen Summe wird bei Erreichen der Dauerfolgen einmalig in voller Höhe fällig.		Millionenschutz für: <input type="checkbox"/> VP1 <input type="checkbox"/> VP2 <input type="checkbox"/> VP3 <input type="checkbox"/> VP4 <input type="checkbox"/> VP5

<b>Unfalltod</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Summe €	Unfalltod für: <input type="checkbox"/> VP1 <input type="checkbox"/> VP2 <input type="checkbox"/> VP3 <input type="checkbox"/> VP4 <input type="checkbox"/> VP5
<b>Unfallkosten</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Summe €	Unfallkosten für: <input type="checkbox"/> VP1 <input type="checkbox"/> VP2 <input type="checkbox"/> VP3 <input type="checkbox"/> VP4 <input type="checkbox"/> VP5
<b>Bergungskosten</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Summe €	Bergungskosten für: <input type="checkbox"/> VP1 <input type="checkbox"/> VP2 <input type="checkbox"/> VP3 <input type="checkbox"/> VP4 <input type="checkbox"/> VP5
<b>Spitalgeld</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Pro Tag stationärem Spitalaufenthalt	Höhe €	Karenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wie viele Tage?
<b>Taggeld</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Pro Tag Krankenstand	Höhe €	Karenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wie viele Tage?
<b>Unfallrente</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Höhe € /Monat, ab % Dauerfolgen Rentenzahlung: <input type="checkbox"/> lebenslang <input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Jahre	Spitalgeld für: <input type="checkbox"/> VP1 <input type="checkbox"/> VP2 <input type="checkbox"/> VP3 <input type="checkbox"/> VP4 <input type="checkbox"/> VP5 Taggeld nur für berufstätige möglich: <input type="checkbox"/> VP1 <input type="checkbox"/> VP2 <input type="checkbox"/> VP3 <input type="checkbox"/> VP4 <input type="checkbox"/> VP5 Unfallrente für: <input type="checkbox"/> VP1 <input type="checkbox"/> VP2 <input type="checkbox"/> VP3 <input type="checkbox"/> VP4 <input type="checkbox"/> VP5
<b>Kosmetische OP</b> nach Unfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Kosm. OP für: <input type="checkbox"/> VP1 <input type="checkbox"/> VP2 <input type="checkbox"/> VP3 <input type="checkbox"/> VP4 <input type="checkbox"/> VP5
<b>Verrenkungen, Zerrungen, Verstauchungen</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Für: <input type="checkbox"/> VP1 <input type="checkbox"/> VP2 <input type="checkbox"/> VP3 <input type="checkbox"/> VP4 <input type="checkbox"/> VP5

- |   |
|---|
| 1. Für das unverbindliche Offert stellen wir Ihnen EUR 30,-- in Rechnung wenn sie noch kein VBM Kunde sind. |
| 2. Bei Zustandekommen des Vertrages innerhalb von 12 Monaten wird Ihnen der volle Betrag rückerstattet.     |

Mit dem Absenden anerkenne ich die nebenstehenden Punkte 1 und 2 und nehme die **Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB-VBM2005)** vollinhaltlich zur Kenntnis.

Ort, Datum

Unterschrift