

**M RISIKOANALYSE**
**ANTRAGSTELLER**

Name

Datum

**VERSICHERUNGEN**

Wie sind Sie krankenversichert?

Gesetzlich

Gesellschaft

Krankentagegeld

Privat

Gesellschaft

Krankentagegeld

Tarif

keine Krankenversicherung

Sind Sie gegen den Fall des Arbeitskraftverlustes abgesichert?

Berufsunfähigkeit

Gesellschaft

Seit wann?

BU-Höhe

Unfallversicherung seit

Gesellschaft

Seit wann?

Invaliditätssumme

Progression

Unfallrente

Sonstiges

Gesellschaft

Höhe der Leistung

Bei welchem Ereignis?

Sind Sie im Todesfall abgesichert?

Nein

Ja

Gesellschaft

Seit wann?

Todesfallleistung (Höhe)

Sind sie haftpflichtversichert?

Nein

Private Haftpflicht

Gesellschaft

Seit wann?

Deckungssumme in Mio. Euro

Betriebshaftpflicht

Gesellschaft

Seit wann?

Deckungssumme in Mio. Euro

Bemerkungen/sonstige Beschreibungen