



Angebotsanforderung zur (betrieblichen) Gruppen-Unfallversicherung

Interessent: _____

Anschrift: _____

Gruppe 1 - Personenkreis: _____ (Bezeichnung/Beruf) Anzahl: _____

Berufliche Tätigkeit: _____
() namentliche Nennung () namenlose Versicherung

Deckungsumfang: _____
() 24-Stunden-Deckung () Berufsunfälle mit Wegerisiko
() Dienstreise-Unfallvers. () _____

Versicherungssummen je Person:

Tod: _____ Invalidität: _____ Krankenhaustagegeld mit GG: _____

Übergangsleistung: _____ Tagegeld _____ ab Tag _____

Progressive Invaliditätsstaffel: () Keine () 225% Progr. () 300% Progr. () 350% Progr. () 500% Progr.

Gruppe 2 - Personenkreis: _____ (Bezeichnung/Beruf) Anzahl: _____

Berufliche Tätigkeit: _____
() namentliche Nennung () namenlose Versicherung

Deckungsumfang: _____
() 24-Stunden-Deckung () Berufsunfälle mit Wegerisiko
() Dienstreise-Unfallvers. () _____

Versicherungssummen je Person:

Tod: _____ Invalidität: _____ Krankenhaustagegeld mit GG: _____

Übergangsleistung: _____ Tagegeld _____ ab Tag _____

Progressive Invaliditätsstaffel: () Keine () 225% Progr. () 300% Progr. () 350% Progr. () 500% Progr.

Gruppe 3 - Personenkreis: _____ (Bezeichnung/Beruf) Anzahl: _____

Berufliche Tätigkeit: _____
() namentliche Nennung () namenlose Versicherung

Deckungsumfang: _____
() 24-Stunden-Deckung () Berufsunfälle mit Wegerisiko
() Dienstreise-Unfallvers. () _____

Versicherungssummen je Person:

Tod: _____ Invalidität: _____ Krankenhaustagegeld mit GG: _____

Übergangsleistung: _____ Tagegeld _____ ab Tag _____

Progressive Invaliditätsstaffel: () Keine () 225% Progr. () 300% Progr. () 350% Progr. () 500% Progr.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____