

Fragebogen BERUFLICHE AKTIVITÄTEN

Angaben zur versicherten Person

Zu versichernde Person _____ Versicherungsantrag Nr. _____

Belehrung über Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht

Bitte beachten Sie diesen Hinweis vor Beantwortung der nachfolgenden Fragen:

Sie sind gesetzlich verpflichtet, uns vor Vertragsschluss alle Ihnen bekannten Umstände zu jeder der nachfolgend gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Falls Sie oder eine andere versicherte Person die gestellten Fragen nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz, denn dies kann dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz durch Rücktritt oder Anfechtung rückwirkend verlieren.

Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in § 16 ff. VersVG.

Zu meinem Antrag gebe ich folgende ergänzende Erklärung ab:

Angaben zu Ausbildung / Beruf

1. Wie lautet Ihre genaue Berufsbezeichnung? _____

2. Welche berufliche Ausbildung haben Sie abgeschlossen? Bitte teilen Sie uns unbedingt die jeweilige Fachrichtung sowie den Abschluss (Bachelor, Master, Diplom, etc.) mit.

Studium _____ Landwirtschaftliche Ausbildung _____

Kaufmännische Ausbildung / Lehre _____ Keine Ausbildung _____

Handwerkliche / technische Ausbildung _____ Sonstige Ausbildung: Welche? _____

3. In welcher Branche sind Sie tätig? _____

4. Welchen beruflichen Status haben Sie?

Festangestellter Freiberuflich / selbstständig. Seit wann? /

Auf Zeit angestellt. Bis / Anzahl der festen Mitarbeiter des Betriebs?

Beamter / Beamtin Wann wurde der Betrieb gegründet? /

Seit wann haben Sie diesen Status? /

5. Bitte beschreiben Sie kurz Ihren beruflichen Werdegang. Geben Sie hierbei bitte auch die jeweils erzielten Abschlüsse an.

6. Müssen Sie für Ihre Berufsausübung spezielle Tauglichkeitsanforderungen erfüllen oder unterliegen Sie in Ihrer Berufsausübung speziellen Sicherheitsvorschriften? Nein Ja, welche?

7. Welchen besonderen beruflichen Gefahren sind Sie ausgesetzt?

Keine beruflichen Gefahren Umgang mit radioaktiven Stoffen

Arbeit in Höhen über 4 Meter Sonstige Gefahren: Welche?

Umgang mit explosiven Stoffen / Sprengstoff _____

Umgang mit leichtentzündlichen Stoffen _____

8. Welche Tätigkeiten führen Sie bei Ihrer Berufsausübung im Einzelnen aus?

9. Bitte machen Sie Angaben zum %-Anteil

Bürotätigkeit (Hierzu zählen sitzende Tätigkeiten im Büro, die weder körperliche Tätigkeiten enthalten noch einem ständigen Wechsel des Einsatzortes unterliegen) %

Künstlerische Tätigkeit %

Reisetätigkeit %

Aufsichtsführende Tätigkeit %

Sonstige Tätigkeit: Welche? %

Körperliche / manuelle Tätigkeit %

10. Haben Sie Personalverantwortung?

Nein Ja, für _____ Mitarbeiter(innen) mit Vollzeitbeschäftigung Ja, für _____ Mitarbeiter(innen) mit Teilzeitbeschäftigung

Die Mitarbeiterkapazität von Teilzeitkräften wird entsprechend addiert und kaufmännisch gerundet. Beispiel: zwei Halbtagskräfte entsprechen einer Vollzeitkraft.

11. Ist Ihre Berufstätigkeit mit Auslandsaufenthalten verbunden? Nein Ja, welche?

Falls ja: Bitte Angaben zu Land, Ort, Dauer, Häufigkeit (evtl. weiterer Fragebogen erforderlich):

12. An wie vielen Tagen in der Woche arbeiten Sie? _____ Tage Wie viele Stunden pro Tag arbeiten Sie? _____ Stunden

13. Üben Sie neben Ihrem Beruf noch weitere Tätigkeiten gegen Entgelt aus? _____

14. Erfolgte ein Berufswechsel aus gesundheitlichen Gründen? Nein Ja, welcher und aus welchem Grund?

15. Ist in absehbarer Zeit ein Berufswechsel vorgesehen oder angeraten? Nein Ja, aus welchem Grund?

16. Haben Sie derzeit Anspruch auf andere Versicherungsleistungen für den Fall der Invalidität /Berufsunfähigkeit (ohne die jetzt beantragte BUZ)?

Nein Falls ja:

Sozialversicherung EUR pro Jahr

Private Versicherungen EUR pro Jahr

Beamtenversorgung EUR pro Jahr

Andere Quellen EUR pro Jahr

Betriebliche Altersversorgung EUR pro Jahr

Welche Quellen? _____

Berufsständische Versorgung EUR pro Jahr

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? (Bitte immer beantworten)

Zusätzliche Angaben sind beigefügt. Alles vollständig - es folgen keine weiteren Angaben. Es folgen noch Angaben. Anzahl Extrablätter: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass der Versicherer bei unvollständiger oder falscher Beantwortung der Fragen vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder den Vertrag rückwirkend anpassen und im Schadenfall eine eventuelle Versicherungsleistung kürzen oder verweigern kann. Ungeachtet dessen kann der Versicherer den Vertrag bei arglistiger Täuschung anfechten und eine eventuelle Versicherungsleistung verweigern.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der zu versichernden Person (falls nicht Versicherungsnehmer)

Unterschrift(en) ges. Vertreter (bei Minderjährigen)