

Fragebogen berufliche Aktivitäten

Angaben zur versicherten Person

Versicherungsantrag Nr.	Zu versichernde Person	
Belehrung über Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht Bitte beachten Sie diesen Hinweis vor Beantwortung der nachfolgende Umstände zu jeder der nachfolgend gestellten Fragen wahrheitsgemäß – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwort keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die gestellten Fragen nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantw Ihren Versicherungsschutz durch Rücktritt, Kündigung oder Anfechtun notwendig werden. Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in § 19 ff. VVG sowie in der Ges Anzeigepflichtverletzung auf der Rückseite Ihres Antrags bzw. Ihrer unv	B und vollständig anzugeben. Soll eine andere Person versiche ung der Fragen verantwortlich. Dazu zählen auch Umstände, de Schwere einer Krankheit aufweisen. Falls Sie oder eine ande vorten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz, denn dies kag rückwirkend verlieren oder dass später Vertragsanpassungesonderten Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht/Hinw	rt werden, ist auch diese ie möglicherweise für Sie re versicherte Person die nn dazu führen, dass Sie en – auch rückwirkend –
Zu meinem Antrag gebe ich folgende ergänzende Erklärung	ab:	
Angaben zu Ausbildung / Beruf		
1. Wie lautet Ihre genaue Berufsbezeichnung?		
2. Welchen Schulabschluss haben Sie?		
3. Welche berufliche Ausbildung haben Sie abgeschlossen? Bitte teile (Bachelor, Master, Diplom, etc.) mit.	en Sie uns unbedingt die jeweilige <u>Fachrichtung</u> sowie den <u>A</u>	<u>bschluss</u>
☐ Studium	Soziale / pädagogische Ausbildung	
☐ Kaufmännische Ausbildung / Lehre		
☐ Handwerkliche / technische Ausbildung	Sonstige Ausbildung: Welche?	
4. In welcher Branche sind Sie tätig?		
5. Welchen beruflichen Status haben Sie?		
☐ Festangestellter	☐ Freiberuflich / selbstständig. Seit wann?	L J J J J J Monat Jahr
☐ Auf Zeit angestellt. Bis ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Anzahl der festen Mitarbeiter des Betriebs?	Monat Jahr
☐ Beamter / Beamtin	Wann wurde der Betrieb gegründet?	Anzahl
Seit wann haben Sie diesen Status?		Monat Jahr
6. Bitte beschreiben Sie kurz Ihren beruflichen Werdegang. Geben Si	e hierbei bitte auch die jeweils erzielten Abschlüsse an.	
7. Müssen Sie für Ihre Berufsausübung spezielle Tauglichkeitsanforde Sicherheitsvorschriften?		g speziellen
8. Welchen besonderen beruflichen Gefahren sind Sie ausgesetzt?		
 □ Keine beruflichen Gefahren □ Arbeit in Höhen über 4 Meter □ Umgang mit explosiven Stoffen / Sprengstoff □ Umgang mit leichtentzündlichen Stoffen 	☐ Umgang mit radioaktiven Stoffen☐ Sonstige Gefahren: Welche?	



9. Welche Tätigkeiten führen Sie bei Ihrer Berufsausübung im Einzelnen aus	?
10. Bitte machen Sie Angaben zum %-Anteil Bürotätigkeit (prozentualer Anteil der üblicherweise in einem Büro (Innendienst) anfallenden Tätigkeiten. Hierzu zählen sitzende Tätigkeiten im Büro wie Rechnen, Schreiben und Lesen Körperliche / manuelle Tätigkeit (prozentualer Anteil der weder Büro-Tätigkeit noch reine Reise-Tätigkeit zugeordnet werden ka	Reisetätigkeit (Hierzu zählen die Anteile der Dienstreisen) Sonstige Tätigkeit: Welche? nn).
11. Haben Sie Personalverantwortung?	☐ Ja, für Mitarbeiter(innen) mit Teilzeitbeschäftigung iejenigen der darunterliegenden Hierachieebenen. Die Mitarbeiterkapazität von nd auch für Projektleitung und setzt voraus:
Falls ja: Bitte Angaben zu Land, Ort, Dauer, Häufigkeit (evtl. weiterer Fragebo	
13. An wie vielen Tagen in der Woche arbeiten Sie? Tage	Wie viele Stunden pro Tag arbeiten Sie? Stunden
15. Erfolgte ein Berufswechsel aus gesundheitlichen Gründen? Nein Falls ja: Welcher und aus welchem Grund? 16. Ist in absehbarer Zeit ein Berufswechsel vorgesehen oder angeraten? Falls ja: Aus welchem Grund?	□ Nein □ Ja
17. Haben Sie derzeit Anspruch auf andere Versicherungsleistungen für den Fa Nein Ja Falls ja: Sozialversicherung Beamtenversorgung Betriebliche Altersversorgung Berufsständische Versorgung	all der Invalidität/Berufsunfähigkeit (ohne die jetzt beantragte BUZ)? Private Versicherungen Andere Quellen Welche Quellen?
Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüg (Bitte immer beantworten) Alles vollständig, es folgen keine weiteren Angaben Zusätzliche Angale	·
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen volls Versicherer bei unvollständiger oder falscher Beantwortung der Fragen vom und im Schadenfall eine eventuelle Versicherungsleistung kürzen oder verweiger Täuschung anfechten und eine eventuelle Versicherungsleistung verweig	Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder den Vertrag rückwirkend anpassen eigern kann. Ungeachtet dessen kann der Versicherer den Vertrag bei arglisti-
Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers
Unterschrift der zu versichernden Person (falls nicht Versicherungsnehmer)	Unterschrift(en) ges. Vertreter
	Unterschrift(en) ges. Vertreter