Fragebogen Beruf

Versicherungsnehmer:
(falls nicht gleichzeitig zu versichernde Person)

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Zu versichernde Person:

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungs-Nr.: _____

1. Welchen Beruf üben Sie aus? _____

2. Sind Sie

- ☐ in einem Angestelltenverhältnis
- ☐ in einem auf Zeit begrenzten Angestelltenverhältnis
- ☐ auf freiberuflicher/selbständiger Basis tätig oder
- ☐ teilzeitbeschäftigt, _____ Wochenstunden
- ☐ Arbeiter
- ☐ Beamter
- ☐ Gesellschafter, Geschäftsführer
- ☐ Student / Studiengang _____
- ☐ ? _____

3. Welche Ausbildung(en) haben Sie absolviert? _____

4. In welcher Branche sind Sie tätig? _____

5. Bitte geben Sie Details Ihres beruflichen Werdeganges bekannt:

_____

_____

_____

6. Wie hoch schätzen Sie den jeweiligen prozentualen Anteil Ihrer Tätigkeit ein?

- ☐ künstlerische Tätigkeit _____ %
- ☐ kaufmännische Tätigkeit _____ %
- ☐ handwerkliche Tätigkeit _____ %
- ☐ regelmäßige Außendienst-/Reisetätigkeit _____ %
- ☐ aufsichtsführende Tätigkeit _____ %

  Wie viele Personen beaufsichtigen Sie? _____

7. Sind Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit besonderen Gefahren (z. B. Auslandstätigkeit, Umgang mit Explosionstoffen, Waffen, Arbeiten auf Bohrinseln) ausgesetzt oder sind solche Arbeiten/Einsätze geplant? (Wenn ja, geben Sie bitte detaillierte Informationen an)

_____

_____

_____

8. Welche der folgenden Belastungen bzw. gesundheitlichen Anforderungen treffen bei Ihrer beruflichen Tätigkeit überdurchschnittlich häufig zu?

Arbeitsort

- ☐ Unfallgefahr
- ☐ Witterungs- und Temperaturbelastung
- ☐ Staub-, Gas- oder Chemikalienbelastung
- ☐ Allergenbelastung
- ☐ Publikumsverkehr
- ☐ berufliche Alkoholbelastung
- ☐ Erschütterungen, Vibrationen
- ☐ Führen von gewerbl. Verkehrsmitteln/Maschinen

Arbeitszeit

- ☐ Akkordarbeit
- ☐ Schichtdienst
- ☐ unregelmäßige Arbeitszeit

Sinnesorgane

- ☐ Sehvermögen
- ☐ Hörvermögen
- ☐ Stimme
- ☐ Lärmbelastung
- ☐ ständige Konzentration
- ☐ psychische Beanspruchung
- ☐ Riechvermögen
- ☐ Tastvermögen
- ☐ Geschmacksvermögen

Körperliche Belastung

- ☐ schwere körperliche Arbeit
- ☐ Arbeiten in Zwangshaltung
- ☐ obere Gliedmaßen
- ☐ Hand- und Fingerfertigkeit
- ☐ untere Gliedmaßen

9. Welche berufliche Funktionen/Tätigkeiten üben Sie aus?

a) _____ _____ Std./Min. pro Tag

b) _____ _____ Std./Min. pro Tag

c) _____ _____ Std./Min. pro Tag

Bitte machen Sie konkrete und ausführliche Angaben zu Ihrer jetzigen beruflichen Tätigkeit:

_____

_____

_____

10. Haben Sie das Unternehmen, für das Sie tätig sind, übernommen?

☐ Ja, am

☐ Nein, ich habe das Unternehmen gegründet am: _____

_____

11. Wie viele festangestellte Mitarbeiter beschäftigen Sie? _____

Wie viele Aushilfskräfte beschäftigen Sie? _____

Die Fragen sind nach bestem Wissen wahrheitsgemäß, umfassend und vollständig zu beantworten. Bei einer Verletzung der Anzeigepflicht können sich die im Antrag / in der Angebotsanfrage aufgeführten Rechtsfolgen ergeben. Im Leistungsfall kann dies schlimmstenfalls zum Verlust des Anspruches führen. Im Einzelnen wird auf die ausführliche Belehrung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht im Antrag / in der Angebotsanfrage verwiesen.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift versicherte Person

_____

Unterschrift Versicherungsnehmer