

## Zusatzklärung (Allgemeiner Berufsfragebogen)

Antrags-/Vertrags-Nr.

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Wohnort

Wir weisen darauf hin, dass die Auflistungen der Beispiele keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben!

1. a) Welchen Beruf üben Sie aus?

b) In  Vollzeit  Teilzeit  Std. /Woche

als nebenberufliche Tätigkeit

2. Sind Sie  angestellt? Seit:  Arbeitgeber:

in einem auf Zeit begrenzten Arbeitsverhältnis von  bis

auf freiberuflicher Basis tätig? Seit:

selbstständig? Seit:

Für wie viele sozialversicherte Vollzeit-Mitarbeiter tragen Sie Personalverantwortung? Anzahl:

Beamtin/Beamter? Seit:

Sofern mehrere Tätigkeiten ausgeübt werden, bitte prozentualen Anteil angeben!

3. Welche Ausbildung haben Sie absolviert?

Studium (Universität /FH), Abschluss?

Kaufmännische Ausbildung /Lehre, welche?

Handwerkliche / technische Ausbildung, welche?

Sonstige, welche?

4. In welcher Branche sind Sie tätig?

5. Bitte geben Sie Details Ihres beruflichen Werdeganges bekannt (z. B. weitere berufliche Kenntnisse, Fortbildungen, Tätigkeiten Ihres bisherigen Berufslebens, etc.):

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

Büro- /kaufmännische Tätigkeit:  %

Handwerkliche / körperliche Tätigkeit:  %

Reise- /Fahrtätigkeit:  % davon im Ausland  Tage /Jahr  
(falls Auslandsaufenthalte, nennen Sie uns bitte die betroffenen Länder, Aufenthaltsbedingungen und jeweilige Aufenthaltsdauern bzw. bei Aufenthalten in außereuropäischen Ländern beantworten Sie bitte eine Zusatzklärung „Auslandsaufenthalt/Auslandsreisen“)

Künstlerische Tätigkeit:  %

7. Sind Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit besonderen Gefahren ausgesetzt oder benötigen Sie zur Ausübung spezielle Kenntnisse / Fähigkeiten, Erlaubnisse, Lizenzen?

nein

ja

Wenn ja, geben Sie bitte detaillierte Informationen an:

## Zusatzklärung (Allgemeiner Berufsfragebogen)

Antrags-/Vertrags-Nr.

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

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

Arbeitsort

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Unfallgefahr                           | <input type="checkbox"/> Witterungs- und Temperatureinflüsse                          |
| <input type="checkbox"/> Staub-, Gas- oder Chemikalienbelastung | <input type="checkbox"/> Allergenbelastung  |
| <input type="checkbox"/> Publikumsverkehr                       | <input type="checkbox"/> berufliche Alkoholexposition                                 |
| <input type="checkbox"/> Erschütterungen, Vibrationen           | <input type="checkbox"/> Führen von gewerblichen Verkehrsmitteln und / oder Maschinen |

Arbeitszeit

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Akkordarbeit                | <input type="checkbox"/> Schichtarbeit |
| <input type="checkbox"/> unregelmäßige Arbeitszeiten | <input type="checkbox"/> Nachtarbeit   |

Körperliche Belastungen

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> schwere körperliche Arbeiten        | <input type="checkbox"/> Arbeiten in Zwangshaltung            |
| <input type="checkbox"/> Belastungen der oberen Extremitäten | <input type="checkbox"/> Belastungen der unteren Extremitäten |
| <input type="checkbox"/> Hand- und / oder Fingerfertigkeiten |   |

Sinnesorgane

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sehvermögen              | <input type="checkbox"/> Hörvermögen            |
| <input type="checkbox"/> Lärmbelastung            | <input type="checkbox"/> ständige Konzentration |
| <input type="checkbox"/> psychische Beanspruchung | <input type="checkbox"/> Riechvermögen          |
| <input type="checkbox"/> Tastvermögen             | <input type="checkbox"/> Geschmacksvermögen     |
| <input type="checkbox"/> Stimme                   |   |

9. Streben Sie aus medizinischen Gründen einen Arbeitsplatzwechsel an bzw. wurde dieser ärztlich angeraten?

- nein  
 ja

Ist ein solcher Arbeitsplatzwechsel schon erfolgt?

- nein      Wenn ja, weshalb?
- ja

10. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente und/oder besitzen oder beantragen Sie einen Ausweis nach dem Behindertenrecht (ggf. entsprechende Bescheide inkl. Begründungsteil beifügen)?

- nein      MdE in %?       GdB in %?
- ja

Aus welchem Grund?

Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe.

**Wichtiger Hinweis:**

Die unvollständige oder unrichtige Beantwortung der Fragen kann den Versicherer berechtigen, je nach Umständen und dem Grad des Verschuldens für eine solche unrichtige oder unvollständige Beantwortung, vom Vertrag zurückzutreten, diesen zu kündigen oder rückwirkend anzupassen (Ausschluss eines Risikos oder Anhebung der Prämie), was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Mehr zu diesem Thema entnehmen Sie bitte den Erläuterungen und Hinweisen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in Ihrem Antrag.

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

Ort  Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

X

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

X