

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 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, Kündigung oder Anfechtung rückwirkend verlieren oder dass später Vertragsanpassungen – auch rückwirkend – notwendig werden.

Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in § 19 ff. VVG sowie in der Gesonderten Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht/Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung auf der Rückseite Ihres Antrags bzw. Ihrer unverbindlichen Anfrage für einen Vertragsvorschlag.

Zu meinem Antrag gebe ich folgende ergänzende Erklärung ab:

Angaben zu Ausbildung / Beruf

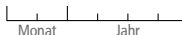

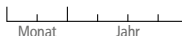
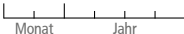
1. Wie lautet Ihre genaue Berufsbezeichnung? _____

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Studium _____ | <input type="checkbox"/> Landwirtschaftliche Ausbildung _____ |
| <input type="checkbox"/> Kaufmännische Ausbildung / Lehre _____ | <input type="checkbox"/> Keine Ausbildung _____ |
| <input type="checkbox"/> Handwerkliche / technische Ausbildung _____ | <input type="checkbox"/> Sonstige Ausbildung: Welche? _____ |

3. In welcher Branche sind Sie tätig? _____

4. Welchen beruflichen Status haben Sie?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Festangestellter | <input type="checkbox"/> Freiberuflich / selbstständig. Seit wann? _____ |  |
| <input type="checkbox"/> Auf Zeit angestellt. Bis _____ | Anzahl der festen Mitarbeiter des Betriebs? _____ |  |
| <input type="checkbox"/> 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.

Falls ja: Welche? _____

7. Welchen besonderen beruflichen Gefahren sind Sie ausgesetzt?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Keine beruflichen Gefahren | <input type="checkbox"/> Umgang mit radioaktiven Stoffen |
| <input type="checkbox"/> Arbeit in Höhen über 4 Meter | <input type="checkbox"/> Sonstige Gefahren: Welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Umgang mit explosiven Stoffen / Sprengstoff | |
| <input type="checkbox"/> 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

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

Falls ja: Welcher und aus welchem Grund? _____

15. Ist in absehbarer Zeit ein Berufswechsel vorgesehen oder angeraten? Nein Ja

Falls ja: Aus welchem Grund? _____

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

Nein Ja 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

An: Risikoprüfung, Telefon +49(0)221 144-3440, E-Mail: risikopruefung@hdi.de