

Fragebogen Selbstauskunft/Beruf

Angaben zur versicherten Person

Versicherungsnummer

Datum der Antragstellung

 männlich
 weiblich

Titel, Vorname, Name

Geburtsdatum

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann.
Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlusserklärung des Antrags.

Tätigkeit

1. Bitte nennen Sie uns Ihre aktuell ausgeübte berufliche Tätigkeit:

2. Wie hoch sind die prozentualen Anteile der folgenden Tätigkeiten in Ihrem Beruf?

kaufmännisch/verwaltend _____ %

körperlich/handwerklich _____ %

künstlerisch _____ %

Details des Werdegangs

3. Bitte machen Sie Angaben über Ihren **persönlichen beruflichen Werdegang**:

Arbeitgeber

4. Bitte nennen Sie uns Ihren **aktuellen Arbeitgeber**:

 Selbstständig/Freiberuflich tätig

Belastungen

5. Sind Sie an Ihrem Arbeitsplatz **erhöhten Belastungen** (z. B. Akkord- oder Schichtarbeit, Nässe, Kälte, Lärm usw.) ausgesetzt?

 nein ja

Wenn ja, bitte benennen Sie diese:

Berufsstatus

6. Bitte geben Sie Ihren Berufsstatus an:

- Angestellter Beamter selbstständig Angestellter öffentlicher Dienst
 sonstiges
-

Wechsel des Berufes7. Haben Sie bereits eine Berufstätigkeit **aus Gesundheitsgründen** aufgegeben oder gewechselt?

- nein ja

Wenn ja, machen Sie bitte Angaben über den Zeitpunkt und die Gründe:

Reisen8. Sind im Zusammenhang mit Ihrer beruflichen Tätigkeit **regelmäßig Reisen** erforderlich?

- nein ja

Wenn ja, bitte nähere Angaben zu Dauer und Aufenthaltsort (bei regelmäßigen Aufenthalten im außereuropäischen Ausland bitte **Fragebogen Ausland**, 215895, beifügen):**Zweck der Versicherung**

9. Zu welchem Zweck wird die Versicherung abgeschlossen?

- | | |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Persönliche Vorsorge | <input type="checkbox"/> Rückdeckungsversicherung |
| <input type="checkbox"/> Darlehensabsicherung | <input type="checkbox"/> Firmen- oder Praxisgründung |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | |
-

Weitere Absicherungen10. Wurden parallel zu diesem Antrag weitere **Anträge** gestellt?

- Keine Folgende:

Gesellschaft, Höhe Versicherungssumme bzw. jährl. Rentenleistung

Todesfall _____ EUR

Schwere Krankheiten _____ EUR

BU(Z) _____ EUR

EU(Z) _____ EUR

Welche weiteren **Verträge** bestehen?

- Keine Folgende:

Gesellschaft, Höhe Versicherungssumme bzw. jährl. Rentenleistung

Todesfall _____ EUR

Schwere Krankheiten _____ EUR

BU(Z) _____ EUR

EU(Z) _____ EUR

Wie hoch sind derzeit Ihre Anwartschaften bzw. Ansprüche auf Berufsunfähigkeitsleistungen pro Jahr?

- aus berufsständischem Versorgungswerk _____ EUR
- aus Beamtenpension _____ EUR
- aus betrieblicher Altersversorgung _____ EUR
- sonstige: _____ EUR

Bei Selbstständigen und bei Rückdeckungsversicherungen

11. Angaben zum Betrieb bzw. zur Praxis (Name, Rechtsform, Sitz des Betriebs):

Gründungsjahr:

Selbstständig seit:

Elterlicher Betrieb/Betrieb des Ehegatten:

 nein ja

Branche (Bitte genaue Angaben über die Art des Betriebs, der hergestellten Produkte bzw. Dienstleistungen, usw.):

Wie viele Arbeitnehmer werden beschäftigt?

Wie viele Arbeitnehmer davon sind sozialversicherungspflichtig?

Sind Sie (Mit-)Inhaber weiterer Betriebe?

 nein ja

Wenn ja, welcher Betriebe?

Bitte überlassen Sie uns eine Kopie der Gewinn- und Verlustrechnung und/oder der betriebswirtschaftlichen Auswertung (BWA) für die letzten drei Jahre inklusive des laufenden Geschäftsjahrs.

Höhe des bezogenen jährlichen Brutto-Festgehaltes ohne gewinnabhängige Tantiemen:

Weitere Einkünfte der zu versichernden Person:

- Kapitalvermögen: _____ EUR
- Vermietung und Verpachtung _____ EUR
- Gewerbebetrieb _____ EUR
- Land- und Forstwirtschaft _____ EUR
- selbstständige Tätigkeit _____ EUR
- sonstige Einkünfte (z. B. Renten) _____ EUR

Zusätzliche AngabenBitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und **schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? (Bitte immer beantworten)** **alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben** **es folgen noch Angaben** **zusätzliche Angaben sind beigefügt****Anzahl Extrablätter** _____**Schlusserklärung und Unterschrift**

Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter** (z. B. Vermittler) diesen **Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person (bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)