

Fragebogen Selbstauskunft/Beruf

Angaben zur versicherten Person

Versicherungsnummer

Datum der Antragstellung

Titel, Vorname, Name

☐ männlich
☐ weiblich

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:

Angaben zur 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?

- ☐ Persönliche Vorsorge ☐ Rückdeckungsversicherung
☐ Darlehensabsicherung ☐ Firmen- oder Praxisgründung
☐ 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 Angaben

Bitte 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 beigelegt**

Anzahl Extrablätter _____

Schlussklärung 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)