KlinikRente

Service-Center
KlinikRente.Arbeitskraftabsicherung
85746 Garching b. München

FRAGEBOGEN Berufseinstufung

Versicherung Nr.

Versicherungsnehmer

Versicherte Person

1. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

_____

_____

Branche/Studienrichtung:

_____

_____

2. Seit wann? _____

3. Sie sind tätig als

- ☐ Angestellter
- ☐ Selbstständiger seit: _____
- ☐ Beamter/Beamteranwärter
- ☐ Geschäftsführer/Vorstand/GGF/Unternehmer
- ☐ angestellter Geschäftsführer
- ☐ nicht erwerbstätig
- ☐ Sonstiges: _____

4. Abgeschlossene Berufsausbildung

- ☐ keine Angabe
- ☐ keine abgeschlossene Ausbildung
- ☐ kaufmännische Ausbildung
- ☐ Ausbildung in Handwerk/Handel/Industrie
- ☐ Akademische Ausbildung
- ☐ Duale Berufsausbildung
- ☐ Zusatzausbildung Berufsakademie
- ☐ Zusatzausbildung Fachwirt
- ☐ Bachelor (HS/DH/Uni)
- ☐ Master, Diplom (HS/Uni), Staatsexamen/Magister
- ☐ Promotion (Doktor-Titel)
- ☐ Zusatzausbildung: Betriebswirt/Fachwirt/BA
- ☐ Zusatzausbildung: Meister
- ☐ Zusatzausbildung: Techniker
- ☐ Berufsfachschule

☐ Abgebrochene Ausbildung:

_____

_____

_____

Stand 06.2022

FRAGEBOGEN Berufseinstufung
Versicherung Nr. _____
Versicherte Person _____

5. Prozentualer Anteil der Tätigkeit

im Büro	_____	%
körperlich	_____	%
aufsichtsführend (nicht im Büro)	_____	%
künstlerisch	_____	%
Reise	_____	%
Sonstiges	_____	%
Gesamtsumme	0	**%**

Personalverantwortung für _____ sozialabgabenpflichtige Mitarbeiter

Ggf. genaue Angaben/Erläuterungen zu Punkt 5

_____
_____
_____
_____

6. Besonderheiten

☐ Teilzeit: Stunden pro Woche _____
☐ Arbeitsvertrag befristet von _____
bis _____

7. Welche weiteren beruflichen Tätigkeiten haben Sie in den letzten 5 Jahren ausgeübt?

☐ keine
☐ folgende Tätigkeiten wurden ausgeübt

_____
(Tätigkeitsbeschreibung)
von _____ bis _____

_____
(Tätigkeitsbeschreibung)
von _____ bis _____

_____
(Tätigkeitsbeschreibung)
von _____ bis _____

8. Falls keine Zuordnung in ein konkretes Berufsbild möglich ist, bitte detaillierte Tätigkeitsbeschreibung bzw. typischer Tagesablauf

_____
_____
_____
_____

9. Üben Sie eine weitere Tätigkeit aus?

☐ nein
☐ ja

Falls ja, welche _____
_____

Umfang Haupttätigkeit _____ %
Umfang Nebentätigkeit _____ %

10. Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf ausgesetzt? (z. B. Flugrisiko, Chemikalien, radioaktive Stoffe/Strahlen)

☐ nein
☐ ja

Falls ja, welchen? In welchem Umfang?

_____
_____
_____

11. Sind im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit Auslandsaufenthalte erforderlich?

☐ nein
☐ ja

Falls ja, bitte die folgenden 5 Punkte beantworten

wann _____
wohin _____
wie lange _____
Anlass/Grund _____
dortige Unterbringung _____

Die Fragen 12 und 13 gelten ausschließlich für die Prüfung der Berufseinstufung nach einem Berufswechsel **ohne** eine Erweiterung des Versicherungsschutzes

12. Gesundheitlicher Aspekt

Der **Berufswechsel** erfolgte

☐ nicht aus gesundheitlichen Gründen
☐ aus folgenden gesundheitlichen Gründen

_____
_____
_____
_____

Stand 06.2022

KlinikRente

13. Folgende Kopien habe ich als Nachweis beigefügt
(z. B. vollständiger Arbeitsvertrag, Abschluss-Zeugnis, Immatrikulationsbescheinigung inkl. Studienbeginn, Semester und Studiengang)

_____

_____

_____

Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhafte Verletzung dieser Pflichten kann für den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, z. B. den Verlust des Versicherungsschutzes oder die Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer Bei Firmen ist der Firmenstempel zwingend erforderlich (ersatzweise die vollständige Bezeichnung der Firma)
Datum	Unterschrift Versicherte Person
Datum	bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften und Anschriften der gesetzlichen Vertreter

Stand 06.2022