

Service-Center
KlinikRente.Arbeitskraftabsicherung
85746 Garching b. München

FRAGEBOGEN Tätigkeitsbeschreibung

Versicherung Nr. _____
Versicherungsnehmer _____
Versicherte Person _____

1. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

2. Seit wann? _____

3. Tätig als?

- ☐ Angestellter
☐ Selbstständiger
☐ Nichtselbstständiger
☐ Beamter/Beamtenanwärter
☐ Sonstige _____

4. In welcher Branche sind Sie tätig?

5. Welche berufliche Ausbildung haben Sie?

Erfolgreich abgeschlossen?

- ☐ ja
☐ nein

Dauer der Ausbildung _____ Jahre

6. Für wie viele sozialabgabenpflichtige Mitarbeiter tragen Sie Verantwortung?

Mitarbeiter _____

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

kaufmännische Tätigkeit (Büro) _____ %
körperliche Tätigkeit _____ %
aufsichtsführend _____ %
künstlerische Tätigkeit _____ %
Reisetätigkeit _____ %
sonstige Tätigkeit _____ %
genaue Angabe _____

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

FRAGEBOGEN Tätigkeitsbeschreibung

Versicherung Nr. _____

Versicherte Person _____

9. Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf ausgesetzt? (z. B. Auslandsaufenthalt, Flugrisiko, Umgang mit Chemikalien/radioaktiven Stoffen/ Röntgen- und anderen Strahlen, Sprengstoff)

Falls ja, welchen? In welchem Umfang?

10. Sind im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit Auslandsaufenthalte erforderlich? Falls ja, wann, wohin, wie lange, aus welchem Grund und wie sind Sie dort untergebracht?

11. Üben Sie eine weitere Tätigkeit aus?

☐ ja
welche _____

Umfang Haupttätigkeit _____ %

Umfang Nebentätigkeit _____ %

☐ nein

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

Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhaft 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).

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

Datum _____

Unterschrift Versicherte Person _____

Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter