

Service-Center
IG BCE Arbeitskraftschutz Flex
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:

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 _____ sozial-
abgabepflichtige 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

FRAGEBOGEN Berufseinstufung

Versicherung Nr. _____

Versicherte Person _____



13. Folgende Kopien habe ich als Nachweis beigelegt

(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 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).

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