

Versicherungsscheinnr: /

Versicherte Person:

Geburtsdatum:

Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

1. In welchem(n) Bereich(en) arbeiten Sie?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Werkschutz _____ %                        | <input type="checkbox"/> Geld- und Werttransporte _____ %       |
| <input type="checkbox"/> Werksfeuerwehr _____ %                    | <input type="checkbox"/> Personenschutz/Body-Guard _____ %      |
| <input type="checkbox"/> Objektschutz _____ %                      | <input type="checkbox"/> Flughafensicherheit _____ %            |
| <input type="checkbox"/> Revierdienst/Revierstreifendienst _____ % | <input type="checkbox"/> Sicherheitsdienst Öffentlicher _____ % |
| <input type="checkbox"/> Alarmzentrale/Einsatzleitstelle _____ %   | <input type="checkbox"/> Personennahverkehr _____ %             |
| <input type="checkbox"/> Ordnungsdienst/Aufsichtsdienst _____ %    | <input type="checkbox"/> DB-Sicherheitsposten _____ %           |
| <input type="checkbox"/> Empfangsdienst _____ %                    |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstige(r) Bereich(e) - Welche(r)? _____ |   |

2. Bitte machen Sie genaue Angaben zur Art der von Ihnen überwachten Objekte/Unternehmen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Üben Sie Ihre Tätigkeit

- allein
- in Begleitung anderer Personen aus?

4. Führen Sie eine Waffe?

- nein
- ja

5. Wie üben Sie Ihre Tätigkeit aus?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> In Vollzeit           | <input type="checkbox"/> In Teilzeit - Anzahl Stunden/Woche: _____ |
| <input type="checkbox"/> In Festanstellung     | <input type="checkbox"/> Auf Zeit angestellt                       |
| <input type="checkbox"/> Als Selbstständige(r) | <input type="checkbox"/> Seit wann: _____                          |

Anzahl feste Mitarbeiter: \_\_\_\_\_

6. Welche Ausbildung haben Sie für Ihre Tätigkeit absolviert?

- Keine Ausbildung
- Fachkraft für Schutz und Sicherheit
- IHK-geprüfter Werkschutzmeister
- IHK-geprüfte Werkschutzfachkraft
- Werkschutzlehrgang       WS1       WS2       WS3       WS4
- Sonstige Ausbildung - Welche? Wann? Durch wen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Erlitten Sie im Rahmen Ihrer Tätigkeit bisher Verletzungen, Unfälle, Überfälle?

- nein
- ja - bitte nähere Angaben: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers