

## Berufliche Aktivitäten - B 2

Versicherungsscheinnr: /  
Versicherte Person:  
Geburtsdatum:  
Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

### 1. Welche berufliche Ausbildung haben Sie abgeschlossen?

- Studium **mit Abschluss:** \_\_\_\_\_
- Kaufmännische Ausbildung / Lehre **zum / zur:** \_\_\_\_\_
- Handwerkliche / technische Ausbildung **zum / zur:** \_\_\_\_\_
- Landwirtschaftliche Ausbildung **zum / zur:** \_\_\_\_\_
- Sonstige Ausbildung **zum / zur:** \_\_\_\_\_
- Keine Ausbildung

### 2. Bitte machen Sie genaue Angaben zu Ihrem bisherigen beruflichen Werdegang / Lebenslauf (mit zeitlichen Angaben (letzten 10 Jahre) und Tätigkeitswechsel innerhalb der Firma).

---

---

### 3. In welcher Branche sind Sie tätig?

---

### 4. Wie lautet die Berufsbezeichnung im Arbeitsvertrag?

---

### 5. Besteht für die Firma eine Internetpräsenz? Bitte geben Sie den Namen an.

---

### 6. Welchen beruflichen Status haben Sie?

- Festangestellt
- Auf Zeit angestellt von - bis: \_\_\_\_\_
- Arbeiter / Arbeiterin
- Beamter / Beamtin
- Freiberuflich / selbständig **seit:** \_\_\_\_\_
- Sind Sie Führungskraft? \_\_\_\_\_ Anzahl der festen Vollzeitmitarbeiter: \_\_\_\_\_

**7. Müssen Sie für Ihre Berufsausübung spezielle Tauglichkeitsanforderungen erfüllen?**

- nein
- ja - Welche? \_\_\_\_\_

**8. Unterliegen Sie in Ihrer Berufsausübung speziellen Sicherheitsvorschriften?**

- nein
- ja - Welchen? \_\_\_\_\_

**9. Ist Ihre Berufstätigkeit mit Auslandsaufenthalten verbunden?**

- nein
- ja - Bitte Angaben zu Land, Ort, Dauer, Häufigkeit:

---

---

(Bitte beachten Sie, bei Auslandsaufenthalten ins außereuropäisches Ausland ist zusätzlich der Fragebogen Auslandsaufenthalte erforderlich)

**10. Welche Tätigkeiten führen Sie bei Ihrer Berufsausübung im Einzelnen aus?**

---

---

**11. Bitte machen Sie Angaben zum % - Anteil**

- Bürotätigkeit \_\_\_\_\_ %
- Aufsichtsführende Tätigkeit \_\_\_\_\_ %
- Körperliche / manuelle Tätigkeit \_\_\_\_\_ %
- Künstlerische Tätigkeit \_\_\_\_\_ %
- Reisetätigkeit \_\_\_\_\_ %
- Sonstige Tätigkeit - Welche? \_\_\_\_\_ %

**12. Welche der folgenden Belastungen bzw. gesundheitlichen Anforderungen treffen bei Ihrer beruflichen Tätigkeit überdurchschnittlich häufig zu?**

**Arbeitsort:**

- Unfallgefahr (z.B. Arbeiten in Höhen über 4 Metern)
- Witterungs- und Temperatureinflüsse
- Kontakte mit Stäuben, Gasen oder Chemikalien
- Umgang mit explosiven / entzündlichen Stoffen / Sprengstoff
- Umgang mit radioaktiven Stoffen
- Publikumsverkehr
- Erschütterungen, Vibrationen
- Führen von gewerblichen Verkehrsmitteln / Maschinen

**Körperliche Belastung:**

- Schwere körperliche Arbeiten
- Arbeiten in Zwangshaltung (z.B. Knien, Überkopfarbeiten)
- Hand- und Fingerfertigkeiten

**Sinnesorgane:**

- Sehvermögen
- Hörvermögen
- Stimme
- Lärm
- ständige Konzentration
- psychische Beanspruchung
- Riechvermögen
- Tastvermögen
- Geschmacksvermögen

**Arbeitszeit:**

- Akkordarbeit
- Schichtdienst
- Unregelmäßige Arbeitszeiten

**13. Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt?**

- nein  
 ja - Aus welchem Grund? \_\_\_\_\_

**14. Ist in absehbarer Zeit ein Berufswechsel vorgesehen oder angeraten?**

- nein  
 ja - Aus welchem Grund? \_\_\_\_\_

**15. Haben Sie derzeit Anspruch auf andere Versicherungsleistungen für den Fall der Invalidität / Berufsunfähigkeit (ohne die jetzt beantragte BU) ?**

- nein  
 ja
- |  |          |       |
|--|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Sozialversicherung            | EUR/Jahr | _____ |
| <input type="checkbox"/> Beamtenversorgung             | EUR/Jahr | _____ |
| <input type="checkbox"/> Betriebliche Altersversorgung | EUR/Jahr | _____ |
| <input type="checkbox"/> Berufsständische Versorgung   | EUR/Jahr | _____ |
| <input type="checkbox"/> Private Versicherungen        | EUR/Jahr | _____ |
| <input type="checkbox"/> Andere Quellen                | EUR/Jahr | _____ |

**16. Sofern die Frage 15. mit "ja" beantwortet wurde: Bleibt der Vertrag aktiv?**

- ja  
 nein - wird / ist gekündigt zum \_\_\_\_\_

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

B2