

## Fragebogen Selbstauskunft/Beruf

### Angaben zur versicherten Person

Versicherungsnummer

Datum der Antragstellung

Titel, Vorname, Name

männlich  
 weiblich

Geburtsdatum

### Vorvertragliche Anzeigepflicht

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann.

Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlusserklärung des Antrags.

### Tätigkeit

Bitte nennen Sie uns Ihre aktuell ausgeübte berufliche Tätigkeit:

### Angaben zur Tätigkeit

Wie hoch sind die prozentualen Anteile der folgenden Tätigkeiten in Ihrem Beruf?

kaufmännisch/verwaltend \_\_\_\_\_ %

körperlich/handwerklich \_\_\_\_\_ %

künstlerisch \_\_\_\_\_ %

### Details des Werdegangs

Bitte machen Sie Angaben über Ihren **persönlichen beruflichen Werdegang**:

### Arbeitgeber

Bitte nennen Sie uns Ihren aktuellen Arbeitgeber:

Selbstständig / Freiberuflich tätig

### Belastungen

Sind Sie an Ihrem Arbeitsplatz **erhöhten Belastungen** (z.B. Akkord- oder Schichtarbeit, Nässe, Kälte, Lärm usw.) ausgesetzt?

nein  ja

Wenn ja, bitte benennen Sie diese:

**Wechsel des Berufes**

Haben Sie bereits eine Berufstätigkeit **aus Gesundheitsgründen** aufgegeben oder gewechselt?

nein  ja

Wenn ja, machen Sie bitte Angaben über den Zeitpunkt und die Gründe:

---

**Reisen**

Sind im Zusammenhang mit Ihrer beruflichen Tätigkeit **regelmäßig Reisen** erforderlich?

nein  ja

Wenn ja, bitte nähere Angaben zu Dauer und Aufenthaltsort (bei regelmäßigen

Aufenthalten im außereuropäischen Ausland bitte **Fragebogen Ausland**, 215895, beifügen):

---

**Zweck der Versicherung**

Zu welchem Zweck wird die Versicherung abgeschlossen?

Persönliche Vorsorge  Rückdeckungsversicherung  Darlehensabsicherung

Firmen- oder Praxisgründung  sonstiges: \_\_\_\_\_

**Weitere Absicherungen**

Wurden parallel zu diesem Antrag weitere Anträge gestellt?

nein  ja

Wenn ja:

Bei Gesellschaft:

---

Höhe in EUR (bei Invaliditätsabsicherungen bitte Angabe der Jahresrenten):

---

Art der Versicherung (Todesfall, Berufsunfähigkeit, schwere Krankheiten etc.):

---

Ablauf der Versicherung:

---

Welche weiteren Ansprüche bestehen?

	Keine Absicherung	Gesellschaft, Höhe Versicherungssumme bzw. jährl. Rentenleistung	
Todesfall	<input type="checkbox"/>	_____	EUR
Schwere Krankheiten	<input type="checkbox"/>	_____	EUR
BU(Z)	<input type="checkbox"/>	_____	EUR
EU(Z)	<input type="checkbox"/>	_____	EUR

Wie hoch sind derzeit Ihre Anwartschaften bzw. Ansprüche auf Berufsunfähigkeitsleistungen pro Jahr?

- aus Sozialversicherung \_\_\_\_\_ EUR
- aus berufsständischem Versorgungswerk \_\_\_\_\_ EUR
- aus Beamtenpension \_\_\_\_\_ EUR
- aus betrieblicher Altersversorgung \_\_\_\_\_ EUR
- sonstige: \_\_\_\_\_ EUR

**Bei Selbständigen und bei Rückdeckungsversicherungen**

Angaben zum Betrieb bzw. zur Praxis (Name, Rechtsform, Sitz des Betriebs):

Gründungsjahr:

Selbstständig seit:

Elterlicher Betrieb / Betrieb des Ehegatten:

 nein  ja

Branche (Bitte genaue Angaben über die Art des Betriebs, der hergestellten Produkte bzw. Dienstleistungen, usw.):

Wie viele Arbeitnehmer werden beschäftigt?

Wie viele Arbeitnehmer davon sind sozialversicherungspflichtig?

Sind Sie (Mit-)Inhaber weiterer Betriebe?

 nein  ja

Wenn ja, welcher Betriebe?

**Bitte überlassen Sie uns eine Kopie der Gewinn- und Verlustrechnung und/oder der betriebswirtschaftlichen Auswertung (BWA) für die letzten drei Jahre inklusive des laufenden Geschäftsjahrs.**

Höhe des bezogenen jährlichen Brutto-Festgehaltes ohne gewinnabhängige Tantiemen:

Weitere Einkünfte der zu versichernden Person:

– Kapitalvermögen:	_____	EUR
– Vermietung und Verpachtung	_____	EUR
– Gewerbebetrieb	_____	EUR
– Land- und Forstwirtschaft	_____	EUR
– selbstständige Tätigkeit	_____	EUR
– sonstige Einkünfte (z.B. Renten)	_____	EUR

**Zusätzliche Angaben**Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und **schriftlich nach**. Folgen noch weitere Angaben? (**Bitte immer beantworten**) **alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben** **es folgen noch Angaben** **zusätzliche Angaben sind beigefügt**

Anzahl Extrablätter \_\_\_\_\_

**Schlussklärung und Unterschrift**

Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter** (z. B. Vermittler) diesen **Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der versicherten Person** (bei Minderjährigen  
zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)