

# Fragebogen: Berufliche Tätigkeit

**Hinweis für an Fonds Finanz angebundene Makler:**

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um allgemeine Selbstauskünfte der Firma Fonds Finanz Maklerservice GmbH handelt. Diese sind erstellt worden, um Ihnen eine Hilfestellung zu geben, wenn das o.g. Krankheitsgebiet geprüft werden soll. Diese Selbstauskunft ersetzt nicht den Arztbericht bei Antragstellung bei der Gesellschaft, sollte dieser gefordert sein.

A

Zu versichernde Person	Geb-Datum
Berufliche Tätigkeit	

B

**1. Welche Ausbildung haben Sie?**

Lehre
Studium
Fachausbildung
Meister
Sonstige

**2. Berufsstatus?**

<input type="checkbox"/> Selbständiger / freiberuflich	<input type="checkbox"/> Student
<input type="checkbox"/> Befristet angestellt	<input type="checkbox"/> Schüler
<input type="checkbox"/> Unbefristet angestellt	<input type="checkbox"/> Azubi
<input type="checkbox"/> Beamter	

**3. Welche Tätigkeit üben Sie momentan aus?**

--

**4. Seit wann besteht das Arbeitsverhältnis / Selbständigkeit?**

Eintrittsdatum: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**5. In welcher Branche sind Sie tätig?**

--

**6. Wie hoch war das Bruttoeinkommen bzw. der Gewinn vor Steuern der letzten drei Jahre?**

20\_\_ : 

--	--	--	--	--	--

 €

20\_\_ : 

--	--	--	--	--	--

 €

20\_\_ : 

--	--	--	--	--	--

 €

# Fragebogen: Berufliche Tätigkeit

B

## 7. Zeitrahmen der beruflichen Tätigkeit

- Vollzeit  
 Teilzeit | Anzahl der Wochenstunden: \_\_\_\_\_

## 8. Besteht eine Berufs- / Erwerbsunfähigkeitsversicherung oder bestehen Ansprüche auf Berufs- / Erwerbsunfähigkeitsversicherungen von sonstigen Rententrägern z.B. berufsständische Versorgungseinrichtungen?

- Ja  
 Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_  
 Höhe der mtl. Rente? \_\_\_\_\_
- Nein

## 9. Schildern Sie stichpunktartig Ihren täglichen Arbeitsablauf. Bitte tragen Sie die Tätigkeiten in die Übersicht ein:

	Angabe in Std.
	Angabe in Std.
	Angabe in Std.
	Angabe in Std.
	Angabe in Std.

## 10. Üben Sie eine Nebentätigkeit oder einen Nebenerwerb aus?

- Ja | Welche: \_\_\_\_\_
- Als Angestellter  
 Als Selbständiger
- Nein | % (im Verhältnis zur Haupttätigkeit) \_\_\_\_\_

## 11. Wie hoch schätzen Sie Ihre Tätigkeit ein (Angabe in Prozent)?

- Kaufmännische Tätigkeit: \_\_\_\_\_ %
- Körperliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_ %
- Tätigkeiten am Schreibtisch: \_\_\_\_\_ %
- Reisende Tätigkeit: \_\_\_\_\_ %
- Künstlerische Tätigkeit: \_\_\_\_\_ %
- Sonstige Tätigkeit: \_\_\_\_\_ %

# Fragebogen: Berufliche Tätigkeit

B

**12. Reisen Sie beruflich ins Ausland?**

Ja | Nach (Ort/Land): \_\_\_\_\_  
 Dauer des Aufenthalts: \_\_\_\_\_  
 Wann zuletzt: \_\_\_\_\_  
 Art der Unterbringung: \_\_\_\_\_  
 Welche Tätigkeit üben Sie dort aus: \_\_\_\_\_  
 Häufigkeit: \_\_\_\_\_

Nein

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

Arbeitsort	Arbeitszeit	Sinnesorgane	Sonstige
<input type="checkbox"/> Unfallgefahr	<input type="checkbox"/> Akkordarbeit	<input type="checkbox"/> Sehvermögen	<input type="checkbox"/> Tragen von Schusswaffen
<input type="checkbox"/> Witterungs- und Temperaturexpositionen	<input type="checkbox"/> Schichtdienst	<input type="checkbox"/> Hörvermögen	
<input type="checkbox"/> Staub, Gas- oder Chemikalienexposition	<input type="checkbox"/> Unregelmäßige Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/> Stimme	
<input type="checkbox"/> Allergenexposition	<b>Körperliche Belastung</b>	<input type="checkbox"/> Lärmexposition	
<input type="checkbox"/> Publikumsverkehr	<input type="checkbox"/> Schwere körperliche Arbeiten	<input type="checkbox"/> Ständige Konzentration	
<input type="checkbox"/> Berufliche Alkoholexposition	<input type="checkbox"/> Arbeiten in Zwangshaltung	<input type="checkbox"/> Psychische Beanspruchung	
<input type="checkbox"/> Erschütterungen, Vibrationen	<input type="checkbox"/> Obere Extremitäten	<input type="checkbox"/> Riechvermögen	
<input type="checkbox"/> Führen von gewerblichen Verkehrsmitteln / Maschinen	<input type="checkbox"/> Hand- und Fingerfertigkeit	<input type="checkbox"/> Tastvermögen	
	<input type="checkbox"/> Untere Extremitäten	<input type="checkbox"/> Geschmacksvermögen	

**14. Wie viele Mitarbeiter haben Sie oder sind Ihnen im kaufmännischen Bereich unterstellt (bei leitenden Personen)?**

Anzahl Vollbeschäftigte: \_\_\_\_\_  
 Anzahl Teilzeitbeschäftigte: \_\_\_\_\_

**15. Wie viele Mitarbeiter haben Sie oder sind Ihnen im handwerklichen/praktischen Bereich unterstellt?**

Anzahl Vollbeschäftigte: \_\_\_\_\_  
 Anzahl Teilzeitbeschäftigte: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person