

Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

zu versichernde Person: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Antragsnummer _____

Tätigkeitsbeschreibung

1. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus und seit wann?

2. Welche Tätigkeit umfasst Ihr Aufgabengebiet?

3. Bitte schildern Sie stichpunktartig Ihren täglichen Arbeitsablauf

4. Welche Berufsausbildung bzw. welches Studium haben Sie absolviert?

5. An welchen beruflichen Fortbildungsmaßnahmen haben Sie erfolgreich teilgenommen?

6. Üben Sie die Tätigkeit auch im Ausland aus?

Ja Nein

Falls ja, bitten wir um nähere Angaben auf dem Fragebogen „Auslandsaufenthalt“

7. Angaben zum Betrieb (Name, Anschrift, Tätigkeit?)

8. Wie hoch schätzen Sie den Anteil der nachstehenden Tätigkeiten ein? (Gesamt 100 %)

Aufsichtsführende Tätigkeit (einschl. Mitarbeiterführung, Projektleitung): _____ %

Baustellen-/Objektbegehungen: _____ %

Bürotätigkeit (z. B. Organisation, Verwaltung, Kundenbetreuung): _____ %

Fahrtätigkeit mit Kraftfahrzeug: _____ %

Handwerkliche bzw. körperliche Tätigkeit (einschl. Sport): _____ %

Künstlerische Tätigkeit (einschl. Designen): _____ %

Reisetätigkeit ohne Vertrieb (z. B. Tagungen, Messe): _____ %

Studium, Schule oder Unterricht: _____ %

Falls ein dualer Studiengang vorliegt, welcher?

Ausbildungsintegriert

Berufsbegleitend

Praxisintegriert

Vertriebstätigkeit (einschl. Beratung, Bedarfsermittlung, Auftragsbeschaffung, Akquise, Präsentationen): _____ %

9. Wie viele Vollzeit-Mitarbeiter sind Ihnen unterstellt bzw. beschäftigen Sie?

10. Welche der folgenden Merkmale, Belastungen bzw. gesundheitlichen Anforderungen treffen bei Ihrer beruflichen Tätigkeit zu?

Arbeitszeit

Vollzeit

Teilzeit - Anzahl der Wochenstunden _____

Akkordarbeit Schichtdienst

unregelmäßige Arbeitszeiten

Arbeitsort

Witterungs- und Temperaturexposition

Staub-, Gas- oder Chemikalienexposition

Allergenexposition Publikumsverkehr

Erschütterungen, Vibrationen

Führen von gewerblichen Verkehrsmitteln/Maschinen

Unfallgefahr / Besondere Gefahren - welche?

Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

zu versichernde Person: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Antragsnummer _____

Tätigkeitsbeschreibung

Körperliche Belastung

- schwere körperliche Arbeiten
- Arbeiten in Zwangshaltung
- Hand- und Fingerfertigkeit
- Belastung der oberen Extremitäten
- Belastung der unteren Extremitäten

Sinnesorgane

- Sehvermögen
- Hörvermögen
- Belastung der Stimme
- Lärmexposition
- ständige Konzentration
- psychische Beanspruchung
- Riechvermögen
- Tastvermögen
- Geschmacksvermögen

11. Sonderrisiken

Feuerwehren

- Berufs-, Werksfeuerwehr, Hauptamtliche bei**

Freiwilligen Feuerwehren

- Innendienst/Verwaltung
- Außendienst ohne Spezialaufgaben
- Außendienst mit Spezialaufgaben*

- Freiwillige Feuerwehr**

- ohne Spezialaufgaben
- mit Spezialaufgaben *

- Grubenwehr**

* (z. B. Tauchen, Höhenrettung) welche?

Werkschutz

- unbewaffnet
- Tragen einer Waffe - welche?

Berufskraftfahrer

- Nahverkehr
- Fernverkehr
 - Deutschland
 - Europa
 - weltweit
- ohne Gefahrgut
- mit Gefahrgut
 - Gefahrenklasse 3 (z. B. Kraftstoff, Heizöl)
 - übrige Gefahrenklassen

Abbrucharbeiter

- kein Umgang mit Explosivstoffen
- Umgang mit Explosivstoffen
- keine Gefährdung durch Asbest
- Gefährdung durch Asbest

Schachtbauer / Tunnelbauer / Bergleute

- kein Umgang mit Explosivstoffen
- Umgang mit Explosivstoffen
 - über Tage
 - unter Tage

Chemiker / Chemiefacharbeiter / Laborant

- nicht in Laboren tätig (z. B. in Beratung, Planung, Qualitätsmanagement, Marketing, Handel o.Ä.)
- in Laboren tätig
 - nur aufsichtsführend bzw. planerisch tätig
 - Umgang bzw. Kontakt mit gesundheitsgefährdenden und/oder radioaktiven Substanzen/Stoffen (Gefahrstoffklassen T+, T, Xn, C)
 - Umgang mit entzündlichen Stoffen (Gefahrstoffklassen F)
 - Umgang mit explosiven/hochentzündlichen Stoffen (Gefahrstoffklassen E, F+)

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zur Anfechtung, zum Rücktritt, zur Kündigung oder zu einer Anpassung Ihres Versicherungsvertrags berechtigen. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte vermerken Sie in der Risiko- und Gesundheitserklärung zum Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen direkt an die Münchener Verein Lebensversicherung AG senden.

_____, den _____

Ort/Datum

Unterschrift der zu versichernden Person
(Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)