

Allgemeiner Fragebogen zur Berufsunfähigkeits (zusatz-)versicherung

Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und so ausführlich wie möglich!

Wir benötigen diese Informationen zur Einschätzung des Versicherungsbedarfs und sichern Ihnen selbstverständlich die vertrauliche Behandlung all Ihrer Angaben zu.

ZU VERSICHERNDE PERSON

Zutreffendes bitte ankreuzen!

| | | |
|--------------------|----------------|--------------|
| Familienname | Titel, Vorname | Geburtsdatum |
| Straße, Hausnummer | Ort | Postleitzahl |

ANGABEN ÜBER DEN ZU VERSICHERNDEN BERUF

| | |
|--|--|
| Genauere derzeitige berufliche Tätigkeit: | Seit wann üben Sie diesen Beruf aus? |
| | Monat / Jahr |
| Beruflicher Status: | |
| <input type="radio"/> Angestellte(r) <input type="radio"/> Beamter/Beamtin <input type="radio"/> Arbeiter/in <input type="radio"/> freiberufl./selbständig seit: _____ | |
| <input type="radio"/> sonstiger (Hausfrau/-mann, Lehrling, Student/in) Anzahl der Vollzeit beschäftigten Mitarbeiter: _____ | |
| Welche berufliche Ausbildung haben Sie abgeschlossen? | |
| <input type="radio"/> Studium <input type="radio"/> kfm. Ausbildung/Lehre <input type="radio"/> handwerkli./techn. Ausbildung | |
| <input type="radio"/> Sonstiges: | |
| Üben Sie den Beruf in vollem Umfang aus? | |
| <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein; Grund: _____ | |
| Wie teilt sich Ihre berufliche Tätigkeit in % auf? | |
| _____ % Büro bzw aufsichtsführend /leitend _____ % körperlich _____ % Reisen | |
| Erfordert Ihr Beruf Auslandsaufenthalte? | |
| <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja; welche Gebiete? _____ Wie oft im Jahr? _____ Weshalb? _____ | |
| Üben Sie noch andere Berufe aus? | Haben Sie früher andere Berufe ausgeübt? |
| <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja; welche? _____ | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja; welche? _____ |
| | Grund des Berufswechsels: _____ |

SONSTIGE VERSORGUNGEN

| | |
|---|--|
| Haben Sie bereits eine Versicherung für den Fall der Berufsunfähigkeit abgeschlossen oder beantragt? | |
| <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja; Versicherungsunternehmen: _____ Höhe der BU-Monatspension in Euro _____ | |
| Sind noch andere Leistungen bei Berufsunfähigkeit zu erwarten? | |
| <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja: <input type="radio"/> Betriebspension: _____ <input type="radio"/> Sonstige; welche? _____ | |
| Monatl. in Höhe von _____ Monatl. in Höhe von _____ | |

ANGABEN ZUM EINKOMMEN (nur wenn BU-Pension monatlich €1.000,- übersteigt!)

Wenn die beantragte BU-Pension zusammen mit sonstigen bestehenden Versorgungen monatlich €1.000,- übersteigt geben Sie uns bitte die Jahresnettoeinkünfte der letzten 3 Jahre an!
Beträgt die BU-Pension zusammen mit sonstigen bestehenden Versorgungen monatlich mehr als €2.000,- ist ein entsprechender Einkommensnachweis beizulegen (z. B. Jahreslohnzettel, Einkommensteuer-Bescheid, Bescheinigung vom Steuerberater).

Angaben in Euro

| | | | | | |
|-------|--------|-------|--------|-------|--------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Jahr | Betrag | Jahr | Betrag | Jahr | Betrag |

Der Versicherungsnehmer übernimmt durch seine Unterschrift die Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben auch dann, wenn er diese nicht eigenhändig geschrieben hat. Bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

Ort, Datum: **Unterschrift des Versicherungsnehmers:** **Unterschrift der zu versichernden Person:**

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|