

Tätigkeitsbeschreibung

Antragsteller: Vorname, Name

Geburtsdatum

Antrag vom

Versicherte Person: Vorname, Name

Geburtsdatum

Versicherungs-/Antrags-Nummer

1. Welche Ausbildung haben Sie?

Lehre / Ausbildung als

Berufliche Fort-/Weiterbildung zum
(z.B. Meister, Fachwirt, Betriebswirt)

Studium zum

Sonstige Ausbildung

2. Welchen Beruf üben Sie derzeit aus?

Beschreibung der beruflichen Tätigkeit in Stichpunkten

Wenn Sie mehr als einen Beruf ausüben, ...

Beruf 1 Anteil Arbeitszeit Anteil Einkommen

	%	%
--	---	---

Status:
 angestellt selbständig öffentlicher Dienst

Beschreibung der beruflichen Tätigkeit in Stichpunkten

Beruf 2 Anteil Arbeitszeit Anteil Einkommen

	%	%
--	---	---

Status:
 angestellt selbständig öffentlicher Dienst

Beschreibung der beruflichen Tätigkeit in Stichpunkten

3. Bei selbständiger/unternehmerischer Tätigkeit ...

Wie viele Mitarbeiter beschäftigen Sie im kaufmännischen Bereich?

Vollzeitkräfte	Teilzeitkräfte	Aushilfen (Minijob)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wie viele Mitarbeiter beschäftigen Sie im handwerklichen bzw. praktischen Bereich?

Vollzeitkräfte	Teilzeitkräfte	Aushilfen (Minijob)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Wie hoch schätzen Sie den jeweiligen prozentualen Anteil Ihrer Tätigkeit ein?

kaufmännisch / leitend	handwerklich / praktisch
<input type="text"/> %	<input type="text"/> %

künstlerisch	Reisetätigkeit
<input type="text"/> %	<input type="text"/> %

Andere Tätigkeit(en)	Bürotätigkeiten
<input type="text"/> %	<input type="text"/> %

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

- Überwiegend im Freien tätig
- Hand- und Fingerfertigkeit
- Erschütterungen / Vibrationen
- Unfallgefahr
- Bedienen von gewerblichen Verkehrsmitteln / Maschinen
- Schwere körperliche Arbeiten
- Körperliche Belastung der unteren Extremitäten
- Körperliche Belastung der oberen Extremitäten
- Arbeiten in Zwangshaltung
- hautreizende Arbeiten
- Allergenbelastung
- Staub-, Gas-, Dampf oder Chemikalienbelastung
- unregelmäßige Arbeitszeiten
- Schichtdienst
- Akkordarbeit
- Andere Belastungen, welche?

Erklärung

Die Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet worden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich meine Angaben zu allen vorgenannten Fragen nochmals selbst überprüft habe und sie so wiedergegeben sind, wie ich sie beantwortet habe. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

Ort, Datum

Unterschrift