

Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

zu versichernde Person: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Antragsnummer _____

Tätigkeitsbeschreibung

1. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

2. Welche Tätigkeit umfasst Ihr Aufgabengebiet?

3. Bitte schildern Sie stichpunktartig Ihren täglichen Arbeitsablauf

4. Seit wann üben Sie die Tätigkeit aus?

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

6. An welchen beruflichen Fortbildungsmaßnahmen haben Sie erfolgreich teilgenommen?

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

8. Wie hoch schätzen Sie den Anteil der nachstehenden Tätigkeiten ein?

Aufsichtsführende Tätigkeit: _____ %

Baustellen-/Objektbegehungen: _____ %

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

Fahrtätigkeit mit Kraftfahrzeug: _____ %

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

Künstlerische Tätigkeit: _____ %

Reisetätigkeit ohne Außendienst bzw. Verkauf (z. B. Tagungen, Messe): _____ %

Studium, Schule oder Unterricht: _____ %

Verkaufs- bzw. Außendiensttätigkeit (einschl. Beratung, Bedarfsermittlung, Akquise, Auftragsbeschaffung, Messeauftritte/-präsentationen): _____ %

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

im handwerklichen Bereich _____

insgesamt _____

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

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

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?

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.

Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte beachten Sie, bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, die auf dem Antragsformular abgedruckten Hinweise und Erklärungen. 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)