

Swiss Life AG  
85746 Garching b. München

## FRAGEBOGEN Berufseinstufung

Versicherung Nr. \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_

Versicherte Person \_\_\_\_\_

### 1. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Branche/Studienrichtung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2. Seit wann? \_\_\_\_\_

### 3. Sie sind tätig als

- Angestellter
- Selbstständiger seit: \_\_\_\_\_
- Beamter/Beamteranwärter
- Geschäftsführer/Vorstand/GGF/Unternehmer
- angestellter Geschäftsführer
- nicht erwerbstätig
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 4. Abgeschlossene Berufsausbildung

- keine Angabe
- keine abgeschlossene Ausbildung
- kaufmännische Ausbildung
- Ausbildung in Handwerk/Handel/Industrie
- Akademische Ausbildung
- Duale Berufsausbildung
- Zusatzausbildung Berufsakademie
- Zusatzausbildung Fachwirt
- Bachelor (HS/DH/Uni)
- Master, Diplom (HS/Uni), Staatsexamen/Magister
- Promotion (Doktor-Titel)
- Zusatzausbildung: Betriebswirt/Fachwirt/BA
- Zusatzausbildung: Meister
- Zusatzausbildung: Techniker
- Berufsfachschule

Abgebrochene Ausbildung:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FRAGEBOGEN Berufseinstufung**

Versicherung Nr. \_\_\_\_\_

Versicherte Person \_\_\_\_\_

**5. Prozentualer Anteil der Tätigkeit**

- im Büro \_\_\_\_\_ %
- körperlich \_\_\_\_\_ %
- aufsichtsführend (nicht im Büro) \_\_\_\_\_ %
- künstlerisch \_\_\_\_\_ %
- Reise \_\_\_\_\_ %
- Sonstiges \_\_\_\_\_ %
- Gesamtsumme \_\_\_\_\_ %

Personalverantwortung für \_\_\_\_\_ sozial-abgabenpflichtige Mitarbeiter

Ggf. genaue Angaben/Erläuterungen zu Punkt 5

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. Besonderheiten**

- Teilzeit: Stunden pro Woche \_\_\_\_\_
- Arbeitsvertrag befristet von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**7. Welche weiteren beruflichen Tätigkeiten haben Sie in den letzten 5 Jahren ausgeübt?**

- keine
- folgende Tätigkeiten wurden ausgeübt

\_\_\_\_\_  
(Tätigkeitsbeschreibung)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Tätigkeitsbeschreibung)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Tätigkeitsbeschreibung)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**8. Falls keine Zuordnung in ein konkretes Berufsbild möglich ist, bitte detaillierte Tätigkeitsbeschreibung bzw. typischer Tagesablauf**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9. Üben Sie eine weitere Tätigkeit aus?**

- nein
- ja

Falls ja, welche \_\_\_\_\_

Umfang Haupttätigkeit \_\_\_\_\_ %

Umfang Nebentätigkeit \_\_\_\_\_ %

**10. Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf ausgesetzt?** (z. B. Flugrisiko, Chemikalien, radioaktive Stoffe/Strahlen)

- nein
- ja

Falls ja, welchen? In welchem Umfang?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**11. Sind im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit Auslandsaufenthalte erforderlich?**

- nein
- ja

Falls ja, bitte die folgenden 5 Punkte beantworten

wann \_\_\_\_\_

wohin \_\_\_\_\_

wie lange \_\_\_\_\_

Anlass/Grund \_\_\_\_\_

dortige Unterbringung \_\_\_\_\_

Die Fragen 12 und 13 gelten ausschließlich für die Prüfung der Berufseinstufung nach einem Berufswechsel **ohne** eine Erweiterung des Versicherungsschutzes

**12. Gesundheitlicher Aspekt**

Der **Berufswechsel** erfolgte

- nicht aus gesundheitlichen Gründen
- aus folgenden gesundheitlichen Gründen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**13. Folgende Kopien habe ich als Nachweis beigefügt**

(z. B. vollständiger Arbeitsvertrag, Abschluss-Zeugnis, Immatrikulationsbescheinigung inkl. Studienbeginn, Semester und Studiengang)

---

---

---

**Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhaft Verletzung dieser Pflichten kann für den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, z. B. den Verlust des Versicherungsschutzes oder die Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer  
Bei Firmen ist der Firmenstempel zwingend erforderlich  
(ersatzweise die vollständige Bezeichnung der Firma)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte Person

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften  
und Anschriften der gesetzlichen Vertreter