

Service-Center  
MetallRente.Arbeitskraftabsicherung  
85746 Garching b. München

## FRAGEBOGEN Existenzgründung

Versicherung Nr. \_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_  
Versicherte Person \_\_\_\_\_

Wenn Ihre Selbstständigkeit seit weniger als drei Jahren besteht, gelten Sie nach unseren Annahmerichtlinien als Existenzgründer. Im Rahmen unserer Risikoprüfung möchten wir Ihrer individuellen Situation gerecht werden und Ihnen eine maßgeschneiderte Absicherung bieten. Bitte machen Sie daher in diesem Fragebogen möglichst genaue Angaben.

Bitte legen Sie auch Einkommensnachweise der letzten drei Jahre bei (siehe Antrag).

### 1. Haben Sie schon mal ein Unternehmen/eine Praxis/einen Betrieb gegründet?

- nein  
 ja

Machen Sie bitte nähere Angaben zum Erfolg der Unternehmung (z. B. wann und in welcher Branche? Besteht die Firma noch? Wenn ja, wird sie weitergeführt? Wenn nein, warum nicht?)

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

### 2. Geben Sie den Namen Ihrer neu gegründeten Firma/Praxis an.

\_\_\_\_\_

### 3. Beschreiben Sie detailliert Ihre Tätigkeit und die Tätigkeitsschwerpunkte im neuen/im zu übernehmenden Unternehmen.

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

### Gliedern Sie Ihre neue Tätigkeit in Schwerpunkte:

|                         |       |   |
|-------------------------|-------|---|
| Leitung                 | _____ | % |
| Vertrieb                | _____ | % |
| Reisen                  | _____ | % |
| kaufmännisch            | _____ | % |
| handwerklich/körperlich | _____ | % |
| künstlerisch            | _____ | % |

### 4. Bitte machen Sie Angaben zu Ihrer Ausbildung, zu bisherigen Tätigkeiten und besonderen Qualifikationen.

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

Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland  
Amtsgericht München HRB 120565

Hauptbevollmächtigter für Deutschland:  
Jörg Arnold  
Zeppelinstraße 1 • 85748 Garching b. München  
www.swisslife.de

Aktiengesellschaft schweizerischen Rechts  
mit Hauptsitz in Zürich  
Handelsregister Kanton Zürich • CHE-105.928.677  
Verwaltungsrat: Rolf Dörig (Vors.), Frank Schnewlin,  
Thomas Buess, Adrienne Corboud Fumagalli, Ueli Dietiker,  
Damir Filipovic, Frank W. Keuper, Stefan Loacker, Henry Peter,  
Dr. Martin Schmid, Franziska Tschudi Sauber, Klaus Tschüscher

Deutsche Bank AG

IBAN DE93 7007 0010 0213 0243 00  
BIC DEUT DE MM XXX

Gläubiger-ID DE20ZZZ00000042095

**FRAGEBOGEN Existenzgründung**

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

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

**5. Gibt es weitere Mitinhaber/Teilhhaber?**

- nein
- ja, nähere Angaben

Unternehmensanteil \_\_\_\_\_ %

Anteil am Gewinn \_\_\_\_\_ %

**6. Haben Sie einen Businessplan erstellt, der den finanziellen Bedarf, die Eigenmittel und eine Wettbewerbsanalyse umfasst?**

- nein
- ja

**7. Haben Sie bereits aus gesundheitlichen Gründen einen Berufs-/Tätigkeitswechsel vorgenommen oder wurde dies ärztlicherseits empfohlen?**

- nein
- ja, wann und weshalb

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

**Die folgenden Fragen sind nur bei Betriebs- oder Praxisübernahmen auszufüllen. Bitte legen Sie auch Belege über die Einkünfte des Betriebes/der Praxis aus den letzten drei Jahren vor.**

**8. Seit wann existiert der Betrieb/die Praxis bereits?**

\_\_\_\_\_

**9. Waren Sie dort bereits tätig?**

- nein
- ja, nähere Angaben zur damaligen Position/Aufgabe

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

**10. Beschreiben Sie detailliert Ihre Tätigkeit und die Tätigkeitsschwerpunkte im neuen/im zu übernehmenden Unternehmen.**

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

**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).**

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer  
Bei Firmen ist der Firmenstempel zwingend erforderlich  
(ersatzweise die vollständige Bezeichnung der Firma)  
Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte Person  
Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter