

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____

Geburtsdatum: _____

Fragebogen zur Tätigkeitsbeschreibung

1. Welchen Beruf üben Sie aus? _____

2. Sind Sie
 in einem Angestelltenverhältnis
 selbstständig
tätig?
 in einem auf Zeit befristeten Angestelltenverhältnis
 auf freiberuflicher Basis

3. Welche Ausbildung haben Sie absolviert? _____

4. In welcher Branche sind Sie tätig? _____

5. Welche berufliche Funktion üben Sie aus? _____

6. Bitte geben Sie Details Ihres beruflichen Werdegangs bekannt: _____

7. Wie hoch schätzen Sie den jeweiligen prozentualen Anteil Ihrer Tätigkeit ein (insgesamt 100 %)?
Künstlerische Tätigkeit _____ % Kaufmännische Tätigkeit _____ %
Handwerkliche Tätigkeit _____ % Außendiensttätigkeit _____ %

Stand 11 - 2017

8. Bitte beschreiben Sie kurz die Schwerpunkte Ihrer Tätigkeit _____

9. Bitte schildern Sie den Ablauf eines durchschnittlichen Arbeitstages (inkl. Arbeitsbeginn, Pausen, Arbeitsende, zeitlichem Umfang der jeweiligen beruflichen Aufgaben und Tätigkeiten). Hierbei ist es wichtig, dass ein Außenstehender nachvollziehen kann, welche Aufgaben und Tätigkeiten von Ihnen ausgeübt werden, in welchem Umfang und in welcher Häufigkeit.

10. Wie viele Stunden am Tag arbeiten Sie? _____ Stunden

11. Üben Sie Ihre Tätigkeit auch im Ausland aus? nein ja

Falls ja, bitte Angaben zu Land, Dauer und Häufigkeit: _____

12. Sind Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit besonderen Gefahren ausgesetzt? nein ja

Falls ja, welchen? _____

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

Arbeitsort

- Unfallgefahr
- Witterungs- und Temperaturexpositionen
- Staub, Gas- oder Chemikalienexposition
- Allergenexposition
- Publikumsverkehr
- Berufliche Alkoholexposition
- Erschütterungen, Vibrationen
- Führen von gewerblichen Verkehrsmitteln / Maschinen

Arbeitszeit

- Akkordarbeit
- Schichtdienst
- unregelmäßige Arbeitszeiten


Körperliche Belastung

- schwere körperliche Arbeiten
- Arbeiten in Zwangshaltung
- Obere Extremitäten
- Hand- und Fingerfertigkeit
- Untere Extremitäten

Sinnesorgane

- Sehvermögen
- Hörvermögen
- Stimme
- Lärmexposition
- ständige Konzentration
- psychische Beanspruchung
- Riechvermögen
- Tastvermögen
- Geschmacksvermögen

14. Wie hoch war das jährliche Bruttoeinkommen bzw. der Gewinn vor Steuern im letzten Jahr?

Jahr 20  Jahreseinkommen: _____ EUR

15. Haben Sie Führungsverantwortung?

nein ja

Falls ja, für _____ Mitarbeiter(innen) mit Vollzeitbeschäftigung
für _____ Mitarbeiter(innen) mit Teilzeitbeschäftigung

Ausgeübte Führungsrolle: _____

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar).

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter
(bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

x