

Swiss Life AG  
85746 Garching b. München

## FRAGEBOGEN Tätigkeitsbeschreibung

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

1. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

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

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

3. Tätig als?

- Angestellter  
 Selbstständiger  
 Nichtselbstständiger  
 Beamter/Beamtenanwärter  
 Sonstige \_\_\_\_\_

4. In welcher Branche sind Sie tätig?

\_\_\_\_\_

5. Welche berufliche Ausbildung haben Sie?

\_\_\_\_\_

Erfolgreich abgeschlossen?

- ja  
 nein

Dauer der Ausbildung \_\_\_\_\_ Jahre

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

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

7. Für wie viele sozialabgabenpflichtige Mitarbeiter tragen Sie Verantwortung?

Mitarbeiter \_\_\_\_\_

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

kaufmännische Tätigkeit (Büro) \_\_\_\_\_ %  
 körperliche Tätigkeit \_\_\_\_\_ %  
 aufsichtsführend \_\_\_\_\_ %  
 künstlerische Tätigkeit \_\_\_\_\_ %  
 Reisetätigkeit \_\_\_\_\_ %  
 sonstige Tätigkeit \_\_\_\_\_ %  
 genaue Angabe \_\_\_\_\_

**FRAGEBOGEN Tätigkeitsbeschreibung**

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

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

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

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

**11. Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf ausgesetzt?** (z. B. Auslandsaufenthalt, Flugrisiko, Umgang mit Chemikalien/radioaktiven Stoffen/ Röntgen- und anderen Strahlen, Sprengstoff)

Falls ja, welchen? In welchem Umfang?

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

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

ja

welche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Umfang Haupttätigkeit \_\_\_\_\_ %

Umfang Nebentätigkeit \_\_\_\_\_ %

nein

**12. Sind im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit Auslandsaufenthalte erforderlich? Falls ja, wann, wohin, wie lange, aus welchem Grund und wie sind Sie dort untergebracht?**

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

**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.

\_\_\_\_\_  
Datum

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

Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter