

# Fragebogen zur beruflichen Tätigkeit

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

## 1. Berufliche Besonderheiten

1.1 In welcher Branche sind Sie tätig?

\_\_\_\_\_

1.2 Welche Tätigkeiten führen Sie z.Zt. im einzelnen aus (bei mehreren Tätigkeiten bitte Angabe aller Tätigkeiten mit Angabe in % der Gesamttätigkeit)

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

1.3 Gelten für Ihre berufliche Betätigung spezielle Sicherheits- oder Tauglichkeitsvorschriften?

ja  nein

Wenn ja, welche?

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

1.4 Sind Sie bei Ihrer Tätigkeit besonderen beruflichen Belastungen oder Gefährdungen ausgesetzt?

ja  nein

Wenn ja, welchen?

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

1.5 Sind für die Ausübung Ihres Berufes spezielle Kenntnisse, Fähigkeiten, Erlaubnisse oder Lizenzen erforderlich?

ja  nein

Wenn ja, welche? (Kopie bitte beifügen)

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

1.6 Sind Sie angestellt/selbstständig/beamtet? Seit wann?

angestellt seit: \_\_\_\_\_

selbstständig seit: \_\_\_\_\_

beamtet seit: \_\_\_\_\_

1.7 Bei selbstständiger Tätigkeit bitte ausfüllen:

Unternehmensform des Betriebes: \_\_\_\_\_

Anzahl festangestellter Mitarbeiter: \_\_\_\_\_

Anzahl sonstiger Mitarbeiter: \_\_\_\_\_

1.8 Wie üben Sie Ihren Beruf aus?  in Vollzeit

in Teilzeit

1.9 Üben Sie neben Ihrem Beruf noch weitere Tätigkeiten gegen Entgelt aus?

ja  nein

Wenn ja, welche und seit wann?

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

## 2. Angaben zur Ausbildung und zum beruflichen Werdegang

2.1 Welchen Schulabschluss haben Sie?

\_\_\_\_\_

2.2 Welche Ausbildung hatten Sie danach? Abschluss?

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

2.3 Über welche weiteren beruflich verwertbaren Kenntnisse verfügen Sie (z.B. Ausbilder etc.)?

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

2.4 Welche beruflichen Tätigkeiten haben Sie in Ihrem bisherigen Berufsleben von wann bis wann ausgeübt?

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

Durch meine eigenhändige Unterschrift bescheinige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des zu Versichernden