



Versichertes Interesse zum Berufsunfähigkeits-Risiko

Zusätzliche Erklärung zum Antrag vom:		Antragsnummer:	
Antragsteller		Name, Vorname	
zu versichernde Person (wenn nicht Antragsteller)			
Alle Betragsangaben erfolgen in Euro			
Fragen zu der zu versichernden Person:		Antworten:	
1. Berufsbezeichnung			
2. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie			
3. Verfügen Sie über einen Fachhochschul- oder Hochschulabschluss? Bitte geben Sie die Fachrichtung und Ihren erworbenen Titel an.		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein; Fachrichtung: _____ Titel: _____	
4. Haben Sie eine sonstige Berufsausbildung/ Lehre haben Sie abgeschlossen? Bitte geben Sie die Fachrichtung an:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein; Fachrichtung: _____ Abschluss: <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein	
5. Berufweiterbildungen: (z.B. Meister, Fachwirt ...) Wenn ja, bitte nähere Angaben (z.B. Fachrichtung, Branche, wann? ...)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
6. Berufstätigkeiten in den letzten 5 Jahren als		Tätigkeit selbständig? Zeitraum ja nein	
7. Mussten Sie bereits aus gesundheitlichen Gründen Ihren Beruf wechseln? Wenn ja, warum und wann?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
8. Beabsichtigen Sie einen Berufswechsel? Wenn ja, warum und wann?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
9. Sind Sie derzeit		<input type="checkbox"/> Arbeiter, seit _____ <input type="checkbox"/> Angestellter, seit _____ <input type="checkbox"/> Freiberufler, seit _____ <input type="checkbox"/> Selbständiger, seit _____ <input type="checkbox"/> mitarbeitend: zu _____ % <input type="checkbox"/> aufsichtsführend: zu _____ % <input type="checkbox"/> kaufmännisch/leitend: zu _____ % Mitarbeiterzahl: _____ <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> auf Probe, seit _____ <input type="checkbox"/> auf Widerruf, seit _____ <input type="checkbox"/> auf Lebenszeit, seit _____ <input type="checkbox"/> _____	



10. Wie hoch war Ihr Arbeitseinkommen in den letzten 3 Jahren? (Jahresarbeitseinkommen ohne Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung, Anlagen, Kapitalerträge, etc.)	Jahr _____ Brutto _____ Netto _____
	Jahr _____ Brutto _____ Netto _____
	Jahr _____ Brutto _____ Netto _____

11. Haben Sie für den Fall der Berufsunfähigkeit weitere Versicherungen beantragt oder angefragt ? <input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> ja bei	Jahresrente	Jahresbeitrag*)
<input type="checkbox"/> ja bei	Jahresrente	Jahresbeitrag*)

*) bitte den Gesamtjahresbeitrag (LV einschl. Zusatztarife) angeben

12. Haben Sie für den Fall der Berufsunfähigkeit Leistungen aus bestehenden privaten Versicherungsverträgen zu erwarten? <input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> ja bei	Jahresrente	Jahresbeitrag*)
<input type="checkbox"/> ja bei	Jahresrente	Jahresbeitrag*)

*) bitte den Gesamtjahresbeitrag (LV einschl. Zusatztarife) angeben

13. Haben Sie für den Fall der Berufsunfähigkeit sonstige Leistungen zu erwarten <input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> ja, aus betrieblicher Altersversorgung:	Jahresrente	
<input type="checkbox"/> ja, aus Beamtenversorgung:	Jahresrente	
<input type="checkbox"/> ja, aus Sozialversicherung:	Jahresrente	, falls bekannt
<input type="checkbox"/> ja, aus:	Jahresrente	, Leistung ab _____

14. Handelt es sich um die Rückdeckung einer Pensionszusage? Falls ja, sind Versorgungsleistungen vom Steuerberater dem Grund/der Höhe nach geprüft? Von welchem Steuerberater? Bei Gesellschafter-Geschäftsführern: Wie hoch ist das derzeitige (rückdeckungsfähige) Geschäftsführergehalt (ohne Zuflüsse aus Kapitalbeteiligungen)?	<input type="checkbox"/> ja _____ <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja _____ <input type="checkbox"/> nein (Wenn nein, bitte Pensionszusage beifügen) _____
	brutto _____

15. Erfordert Ihre berufliche Tätigkeit Reisen in Länder außerhalb der europäischen Union (EU)? Falls ja, in welche Länder und wie lang?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

16. Sonstige Angaben/Erläuterungen:

Durch meine Unterschrift bestätige 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.

Datum	Unterschrift der zu versichernden Person	Unterschrift des Antragstellers
-------	--	---------------------------------