

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

HENGSTENBERG & PARTNER GmbH
 Versicherungsmakler
 Sendlinger-Tor-Platz 11 • 80336 München
 Tel.: 089 - 54838-0
 Fax: 089 - 54838-199
 willkommen@hbup.de
 http://www.hbup.de

Persönlicher Ansprechpartner:

1. Zu versichernde Person	
1.1. Vorname, Nachname	<input type="text"/>
1.2. Geburtsdatum	<input type="text"/>
2. Angaben zum Beruf	
2.1. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus?	<input type="text"/>
2.2. In welcher Branche?	<input type="text"/>
2.3 Wie lange pro Woche üben Sie diese Tätigkeit aus?	<input type="text"/> Stunden pro Woche, das entspricht ca. <input type="text"/> % der wöchentlichen Arbeitszeit. Sofern Sie weitere Tätigkeiten ausüben, erfassen Sie diese bitte in einem separaten Fragebogen!
2.4. Üben Sie die Tätigkeit auch im Ausland aus?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte Angaben zu Land, Dauer und Häufigkeit machen: <input type="text"/>
2.5. Arbeiten Sie in einem Betrieb als Arbeitnehmer?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte Art des Betriebes und Tätigkeitsdauer im Betrieb angeben: <input type="text"/>
2.6. Sind Sie befristet angestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Befristung bis <input type="text"/>

<p>2.7. Arbeiten Sie als Selbständiger im eigenen Betrieb?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Art des Betriebes und Anzahl der ständig Beschäftigten angeben:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.8. Welche Ausbildung(en) + Studiengänge haben Sie absolviert?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>2.9. Bitte beschreiben Sie kurz die Schwerpunkte Ihrer Tätigkeit:</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>2.10. 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.</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 160px; width: 100%;"></div>
<p>2.11. Wie hoch schätzen Sie den jeweiligen prozentualen Anteil Ihrer Tätigkeit ein?</p>	<p><input type="text"/> % Bürotätigkeit <input type="text"/> % Aufsichtsführende/leitende Tätigkeit <input type="text"/> % körperliche/manuelle Tätigkeit <input type="text"/> % künstlerische Tätigkeit <input type="text"/> % Reisetätigkeit <input type="text"/> % Innen-/Außendienst <input type="text"/> % Sonstige Tätigkeit</p>
<p>2.12. Wie viele Mitarbeiter haben Sie oder sind Ihnen im kaufmännischen Bereich unterstellt (bei leitenden Personen)?</p>	<p>Anzahl Vollzeitbeschäftigte <input type="text"/> Anzahl Teilzeitbeschäftigte <input type="text"/></p>
<p>2.13. Ist Ihre Berufstätigkeit mit Auslandsaufenthalten verbunden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Angaben zu Land, Ort, Dauer, Häufigkeit?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.14. Sind Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit besonderen Gefahren ausgesetzt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welchen?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>



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

Arbeitsort:

- Unfallgefahr
- Witterungs- und Temperatur-
expositionen
- Staub-, Gas-, oder Chemikalien-
exposition
- Allergenexposition
- Publikums-
verkehr
- Berufliche Alkoholexposition
- Erschütterungen, Vibrationen
- Führen von
gewerblichen Verkehrsmitteln oder Maschinen

Arbeitszeit:

- Akkordarbeit
- Schichtdienst
- unregelmäßige Arbeitszeiten

Körperliche Belastung:

- Schwere körperliche Arbeiten
- Arbeiten in
Zwangshaltungen
- Obere Extremitäten
- Hand- und
Fingerfertigkeit
- untere Extremitäten

Sinnesorgane:

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

2.16. Betreiben Sie risikoreiche Freizeitaktivitäten?

- nein ja, welche

3. Sonstige Hinweise und Erläuterungen

Einverständniserklärung zur Datenweitergabe

Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.

Datum, Unterschrift

Interne Notizen

Mitarbeiter:
Datum :
Uhrzeit: Von bis

- telefonische Erfassung
- schriftliche Kundenangaben
- persönliche Besprechung
 - im Maklerbüro
 - beim Kunden
-