

Name:

Ich freue mich, dass Sie sich die Zeit nehmen, das wohl mit größte Risiko abzusichern, welches Sie haben - den Verlust Ihrer Arbeitskraft und damit die Möglichkeit, Ihr Leben aktiv zu planen und gestalten zu können. Das Einkommen zu erhalten ist zwingend notwendig - wie auch die Beratung beim Fachmakler. Die Absicherung biometrischer Risiken ist wohl das mitunter komplexeste Vertragswerk in der Versicherungswirtschaft - nehmen Sie sich daher bitte Zeit.

Beginnen Sie einfach mit der Bearbeitung - für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Zur Prüfung Ihrer Versicherbarkeit sowohl in der Privaten Krankenversicherung, als auch in der Berufsunfähigkeitsabsicherung / Versicherung gegen schwere Krankheiten (Dread Disease) bitte ich Sie den folgenden Fragebogen vollständig, sowie nach bestem Wissen und Gewissen zu beantworten.

ACHTUNG! Nachstehende Fragen sind VERTRAULICH! und werden dementsprechend behandelt.
Bei bewusst unwahren oder unvollständigen Angaben, Verschweigen oder Entstellen von Tatsachen können Sie den Versicherungsschutz auch dann verlieren, wenn dem Versicherer hierdurch kein Nachteil entsteht.

Name	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

Ausbildung und Arbeit

Welchen Beruf üben Sie aus?

Geben Sie bitte den Zeitraum an, seit wann.

Wie ist Ihr Arbeitsverhältnis zu bezeichnen?

- Angestelltenverhältnis
- Angestelltenverhältnis (zeitlich befristet)
- Selbstständig
- Freiberuflich

Welche Ausbildung haben Sie?

Geben Sie bitte die jeweiligen Zeiträume an.

In welcher Branche liegt Ihre Tätigkeit?

Angaben zur Tätigkeit

Name:

DAS Netzwerk
Dübbert
& Partner



in Kooperation mit

Frank Dietrich
Consulting



Bitte beschreiben Sie kurz Ihren Tätigkeitsschwerpunkt

Arbeitssituation

Bitte beschreiben Sie kurz chronologisch einen durchschnittlichen Arbeitstag inkl. Zeitangabe von Arbeitsbeginn, regulären Pausenzeiten, wiederkehrenden Arbeitsschritten/Aufgaben, sowie Arbeitsende.

Achtung! Diese Angaben müssen für Dritte logisch und nachvollziehbar sein.

Anzahl an Arbeitsstunden pro Tag:

Beinhaltet Ihre Tätigkeit ebenfalls Auslandsaufenthalte?

Falls ja, machen Sie bitte Angaben zu Land, Dauer und Häufigkeit.

Nein

Ja

Wie war Ihr bisheriger beruflicher Werdegang?

Bitte machen Sie Ihre Angaben möglichst detailliert.

Wie hoch sind die jeweiligen Anteile der nachfolgenden Kategorien an Ihrer Tätigkeit?

Künstlerische Tätigkeit

Handwerkliche Tätigkeit

Außendienstliche Tätigkeit

Kaufmännische Tätigkeit

Name:



Sind Sie während Ihrer Tätigkeit besonderen Gefahren ausgesetzt?

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben zu Art und Umfang der Gefahr/en.

Nein

Ja

In Ihrer Tätigkeit betreffen Sie besondere Belastungen und/oder gesundheitliche Anforderungen. Welche sind das?

Arbeitsort

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

Sinnesorgane

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

Arbeitszeit

- Akkordarbeit
- Schichtdienst
- unregelmäßige Arbeitszeiten

Körperliche Belastung

- Schwere körperliche Arbeit
- Arbeiten in Zwangshaltungen
- Obere Extremitäten
- Hand- und Fingerfertigkeit
- Untere Extremitäten

Angaben zur Tätigkeit

Name:

DAS Netzwerk
Dübbert
& Partner



in Kooperation mit

Frank Dietrich
Consulting



Welche berufliche Funktion üben Sie aus?

Welche Freizeitaktivitäten betreiben Sie? In welcher Form betreiben Sie diese?

Entbindung von der Schweigepflicht

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos benötigt die PremiumCircle Berlin GmbH, vertreten durch Frank Dietrich, personenbezogene Daten von mir. Die Erhebung, Verarbeitung, sowie Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich aufgrund gesetzlicher Vorschriften zulässig. Im nachfolgenden Fall ist allerdings **meine Einwilligung** erforderlich:

Die PremiumCircle Berlin GmbH überprüft meine gemachten Angaben über meinen Gesundheitszustand, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten. Zu diesem Zweck befreie ich die hier von mir genannten Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragsstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Die PremiumCircle Berlin GmbH bzw. die Mitarbeiter des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an sie beratende Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

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.)

Bei Minderjährigkeit der zu versichernden Person, ist ebenfalls die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters zwingend erforderlich.

Datum

Unterschrift