

Fragebogen zur Prüfung von Versicherungsleistungen

Versicherungsnummer(n)	
Schadennummer(n)	

Daten der versicherten Person

Vorname, Nachname		
Geburtsname		
Geburtsdatum		
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl, Ort		
Telefon	Privat	
	Dienstlich	
	Mobil	
Telefax	Privat	
	Dienstlich	
Internet	E-Mail	
	Homepage	

Schriftwechsel über die versicherte Person führen?

Ja Nein, sondern über:

Vorname, Nachname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Telefon	
Fax	
E-Mail	

Rechtsanwalt Rentenberater Betreuer Sonstige: _____

MUSTER

1. Angaben zum Gesundheitszustand

1.1. Auf Grund welcher Gesundheitsstörungen (Krankheit, Verletzung etc.) stellen Sie einen Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit?

Art der Gesundheitsstörung	Beschwerden erstmalig seit	ärztlich behandelt seit, durch wen (Name, Adresse)
a)		
b)		
c)		
d)		
e)		
f)		
g)		

1.2. Wurden die unter 1.1. genannten Gesundheitsstörungen durch einen Unfall ausgelöst?

Nein Ja

1.2.1. Wenn ja, wie, wann und wo hat sich der Unfall ereignet?
Bitte schildern Sie den Unfallhergang auf einem gesonderten Blatt!
**(Sofern vorliegend, bitte auch Unfallmeldungen, z. B. an Berufsgenossenschaft
oder Unfallversicherung, beilegen!)**

1.2.2. Welche Polizeidienststelle bzw. Staatsanwaltschaft hat den Unfall bearbeitet?

(Anschrift/Aktenzeichen)

1.2.3. Welcher Berufsgenossenschaft und/oder Unfallversicherung wurde der Unfall gemeldet?

(Berufsgenossenschaft: Anschrift/Aktenzeichen)

(Unfallversicherer: Anschrift/Versicherungsnummer/Aktenzeichen)

1.3. Seit wann sind Sie auf Grund der unter 1.1. genannten Gesundheitsstörungen außerstande, Ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu dem im Versicherungsschein genannten prozentualen Umfang (z. B. weniger als 50 %) nachzugehen?

seit: _____

An welchem Ereignis machen Sie dieses Datum fest?

MUSTER

1.4. Waren Sie bzw. sind Sie auf Grund der unter 1.1. genannten Gesundheitsstörungen auch arbeitsunfähig krankgeschrieben? (Aktuelle AU-Bescheinigung beifügen!)

Nein Ja

Wenn ja, wann?

Name/Anschrift des ausstellenden Arztes

von _____ bis _____ _____

von _____ bis _____ _____

von _____ bis _____ _____

von _____ bis _____ _____

1.5. Wer ist Ihr derzeitiger Hausarzt?

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

1.6. Haben Sie in den letzten 10 Jahren Ihren Hausarzt gewechselt?

Zeitraum:	von ____ bis ____	von ____ bis ____	von ____ bis ____
Name:			
Straße:			
PLZ/Ort:			

1.7. In welchen Krankenhäusern, Reha-Kliniken o. ä. sind Sie bezüglich der Gesundheitsstörungen ambulant oder stationär behandelt worden bzw. ist eine Behandlung geplant?

Name/Anschrift/Abteilung	von	bis

MUSTER

1.8. Von welchen Ärzten/Therapeuten wurden/werden Sie wegen Ihrer unter 1.1. genannten Gesundheitsstörungen behandelt? Bitte geben Sie auch die durchgeführten bzw. geplanten therapeutischen Maßnahmen (z. B. Kur/Reha/OP) an. Bitte kennzeichnen Sie mit (*) den Arzt/Therapeuten, der am besten über Ihren Gesundheitszustand berichten kann!

Name/Anschrift/Fachgebiet der Ärzte/Therapeuten	Maßnahme	von.. bis..

1.9. Wurden Sie wegen Ihrer Gesundheitsstörungen bereits begutachtet (z. B. durch Deutsche Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft, Arbeitsagentur, andere private Versicherungsgesellschaften etc.)? Falls Ihnen die Gutachten vorliegen, bitte beifügen!

Nein Ja

Wenn ja,

Name/Anschrift des Auftraggebers	Vers.Nr./Az.	Name/Anschrift Gutachter	Begutachtungsdatum

1.10. Sind Sie

Rechtshänder Linkshänder

MUSTER

2. Angaben zum weiteren Versicherungsschutz

2.1. Besteht für Sie noch bei anderen privaten Versicherungsgesellschaften Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit?

Nein Ja, bei:

Name, Anschrift	Versicherungsnr.	Antrag gestellt
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wenn **kein** Antrag gestellt, bitte begründen:

2.2. Wurde ein ein Grad der Behinderung (GdB) beantragt?

Nein Ja (soweit Bescheid ergangen, bitte in Kopie beifügen!)

GdB anerkannt am: _____ (Grad der Behinderung: _____)

Aktenzeichen: _____ Anschrift Behörde: _____

2.3. Welcher gesetzliche Unfallversicherungsträger (z. B. Berufsgenossenschaft) ist für Sie zuständig?

Name/Anschrift: _____

Wurden Ansprüche geltend gemacht?

Nein Ja, am: _____ Aktenzeichen: _____

MdE: _____ %

(Soweit bereits entschieden, bitte Bescheid beifügen!)

MUSTER

2.4. Wo sind Sie gesetzlich rentenversichert (z. B. Deutsche Rentenversicherung, Knappschaft, Versorgungswerk)?

Name/Anschrift des Rentenversicherungsträgers:

Versicherungsnummer: _____

2.5. Beziehen Sie von einem gesetzlichen Rentenversicherungsträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung, Knappschaft) oder einem berufsständischen Versorgungswerk eine Rente wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit/Erwerbsminderung?

Ja, ich beziehe eine Rente
(Bitte vollständigen ersten Rentenbescheid und den letzten Anpassungsbescheid beifügen!)

Nein, ich beziehe keine Rente, weil

a) der Rentenantrag vom Rentenversicherungsträger abgelehnt wurde
(Bitte Ablehnungsbescheid beifügen!)

Widerspruch eingelegt: Nein Ja, am: _____

Klage beim Sozialgericht eingereicht: Nein Ja, am: _____

b) über den Antrag vom _____ noch nicht abschließend entschieden wurde

c) ich keinen Rentenantrag gestellt habe, weil:

Werden Sie noch einen Rentenantrag stellen? Ja Nein

Wenn nein, bitte begründen:

2.6. Wo waren Sie früher und wo sind Sie derzeit krankenversichert?

Versicherter Zeitraum	Status	Name/Anschrift Krankenversicherung	Versicherungsnummer
	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat		
	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat		
	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat		
	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat		

2.7. Sofern aktuell privat versichert: Beziehen Sie derzeit Krankentagegeld?

Nein Ja, seit: _____

KT-Leistungen enden wegen Berufsunfähigkeit voraussichtlich zum: _____

MUSTER

3. Angaben zur Ausbildung/zum beruflichen Werdegang

3.1. Welche Schulform haben Sie besucht?

besuchte Schulform	von... bis...	erreichter Abschluss
<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> Sonderschule, welche? _____		
<input type="checkbox"/> Volks-/Hauptschule		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Gesamtschule		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> POS		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Höhere Schule <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> EOS <input type="checkbox"/> BmÄ		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

3.2. Haben Sie studiert?

(Bitte Nachweise beifügen, z. B. Immatrikulationsbescheinigung, Zeugnisse.)

Nein Ja

Fachrichtung	Name der Hochschule	von... bis...	erreichter akademischer Grad

3.3. Haben Sie Wehr-/Ersatzdienst abgeleistet?

Nein Ja

Bitte in jedem Fall Personenkennziffer (PK) angeben: _____

3.4. Haben Sie eine Berufsausbildung durchlaufen?

Nein Ja

Ausbildungsberuf	von... bis...	erreichter Abschluss

MUSTER

3.5. An welchen Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen bzw. Umschulungsmaßnahmen haben Sie teilgenommen (z. B. Meisterschule, Betriebswirt des Handwerks, REFA, Ausbildereignungsprüfung, Sprach-, Computerkurse, Fachlehrgänge etc.)?

Maßnahme	Ausbildungseinrichtung	von... bis...	erreichter Abschluss

Name/Anschrift des Kostenträgers der jeweiligen Maßnahme:

3.6. Welche sonstigen berufsrelevanten Kenntnisse/Fähigkeiten haben Sie sich im Laufe Ihres Lebens angeeignet (z. B. PC-Kenntnisse)?

Kenntnisse / Fähigkeiten	Wann?	Wo?	Beruflich genutzt?
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

3.7. Über welche Führerscheine (incl. Flurfördergeräte) verfügen Sie?

Ihre Führerscheinklassen	
--------------------------	--

3.8. Verfügen Sie über zusätzliche (Fahr-)Erlaubnisse (z. B. Personenbeförderungsschein, ADR-/GGVSE-Schein)

Nein Ja, und zwar _____

MUSTER

3.9. Besteht ein ärztlich angeordnetes Fahrverbot?

Nein Ja

Wenn ja, seit wann? _____ voraussichtlich bis _____

Für welche Fahrerlaubnisklassen? _____

Grund: _____

Attestiert von: _____

3.10. Wurde der Führerschein entzogen?

Nein Ja

Wenn ja, seit wann? _____ voraussichtlich bis _____

Für welche Fahrerlaubnisklassen? _____

Grund: _____

3.11. Welche Berufe/beruflichen Tätigkeiten haben Sie in Ihrem bisherigen Berufsleben ausgeübt? (Schildern Sie Ihren beruflichen Werdegang in zeitlicher Reihenfolge. Alternativ können Sie einen Lebenslauf beifügen.)

berufliche Tätigkeit	von... bis...	Arbeitgeber

3.12. Haben Sie eine(n) der o. g. Berufe/beruflichen Tätigkeiten schon einmal aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben bzw. hinsichtlich Teiltätigkeiten und/oder Arbeitszeiten verändert?

Nein Ja

Wenn ja, benennen Sie den Beruf, Grund, Umfang und Zeitpunkt der Änderung:

MUSTER

4. Angaben zum zuletzt ausgeübten Beruf

4.1. Welche berufliche Stellung hatten Sie unmittelbar vor Eintritt der unter 1.1. genannten leistungsbegründenden gesundheitlichen Beschwerden?

- Schüler(in)
 Auszubildende(r)
 Wehr-/Ersatzdienstleistende(r) freiwilliges soziales Jahr
 Student(in)
 Arbeitnehmer(in)
 Angestellte(r)
 Beamter/Beamtin auf Probe auf Widerruf auf Lebenszeit
 Soldat(in) Berufssoldat(in) SaZ _____
 Freiberufler(in)
 Selbstständige(r) (z.B. Unternehmer, Gesellschafter/Geschäftsführer)
 Hausfrau / Hausmann
 arbeitslos seit dem _____
 vorübergehende Unterbrechung/Reduzierung der Erwerbstätigkeit wegen:
 Elternzeit von _____ bis _____
 Pflegezeit von _____ bis _____
 sonstiger Grund: _____
 keine, ich bin freiwillig am _____ aus dem Berufsleben gänzlich ausgeschieden
Grund: _____

4.2. Welche berufliche Tätigkeit haben Sie unmittelbar vor Eintritt der unter 1.1. genannten leistungsbegründenden gesundheitlichen Beschwerden ausgeübt und seit wann übten Sie diese Tätigkeit aus?

Tätigkeit/Beruf: _____

Name/Anschrift Arbeitgeber: _____

Branche: _____

Ausübung der Tätigkeit seit: _____

(Bitte auch Arbeitsvertrag und Stellenbeschreibung des Arbeitgebers einreichen!)

4.3. In welchem durchschnittlichen zeitlichen Umfang haben Sie Ihre berufliche Tätigkeit vor Eintritt der unter 1.1. genannten leistungsbegründenden gesundheitlichen Beschwerden ausgeübt?

_____ Arbeitsstunden pro Arbeitstag _____ Arbeitstage pro Woche

Gibt es Besonderheiten hinsichtlich der Arbeitszeitverteilung (z. B. saisonale Schwankungen, Bereitschaftsdienste, Schichtarbeit)?

Nein Ja

Wenn ja, bitte erläutern: _____

MUSTER

4.4. Ist eine berufliche Wiedereingliederung durchgeführt worden bzw. geplant?

Nein Ja

Wenn ja, Beginn: _____ Abschluss am / voraussichtlich zum: _____
aktuelle tägliche Arbeitszeit: _____ Stunden

Sofern die Maßnahme zwischenzeitlich wieder abgebrochen wurde:

Abgebrochen am: _____ Grund des Abbruchs: _____

Sofern sich im Rahmen der Wiedereingliederung Veränderungen hinsichtlich des Arbeitsplatzes, der Teiltätigkeiten, der Arbeitszeit etc. ergeben haben bzw. sich ergeben werden, bitten wir um Erläuterung auf einem gesonderten Blatt sowie um Übersendung entsprechender Wiedereingliederungspläne o. ä..

4.5. Wurden Möglichkeiten der innerbetrieblichen Umsetzung durch Ihren Arbeitgeber geprüft?

Nein Ja, mit welchem Ergebnis? _____

wird noch geprüft voraussichtlich am: _____

4.6. Ist das Arbeits-/Angestelltenverhältnis gekündigt/abgelaufen?

Nein Ja

Wenn ja,

betriebsbedingt krankheitsbedingt eigene Kündigung
 Ablauf eines befristeten Arbeitsverhältnisses Aufhebungsvertrag

Wann: _____ Mit Wirkung zum: _____

4.7. Sind Sie derzeit arbeitslos gemeldet?

Nein Ja, seit wann: _____

(Bitte Nachweis beifügen!)

4.8. Wie hoch war Ihr Bruttoeinkommen in den letzten drei Jahren vor Eintritt der leistungsbegründenden gesundheitlichen Beschwerden?

Fügen Sie bitte für die letzten drei Jahre Einkommensteuerbescheide sowie Lohn- bzw. Gehaltsbescheinigungen/Bezügemitteilungen jeweils per Dezember und aus dem letzten Monat vor Eintritt der Beschwerden bei!

(Wir weisen Sie darauf hin, dass ohne Vorlage entsprechender Unterlagen der Versicherer ggf. berechtigt ist, die Leistungsprüfung einzustellen!)

Jahr	Bruttojahreseinkommen	Bruttostundenlohn
20____	€	€
20____	€	€
20____	€	€

4.9. Nach welchem Tarifvertrag und welcher Tarifgruppe wurde Ihre letzte Tätigkeit vergütet? (Bei Beamten: Besoldungsordnung, Besoldungsgruppe, Zuschläge)

Tarifvertrag/Besoldungsordnung: _____

Tarifgruppe/Besoldungsgruppe: _____

Zuschläge: _____

MUSTER

5. Angaben zum derzeit ausgeübten Beruf

5.1. Üben Sie aktuell irgendeine Tätigkeit aus?

Nein Ja, und zwar

Tätigkeit/Beruf: _____

Name/Anschrift Arbeitgeber: _____

Branche: _____

Ausübung der Tätigkeit seit: _____

(Bitte auch Arbeitsvertrag und Stellenbeschreibung des Arbeitgebers einreichen!)

5.1.1. In welchem durchschnittlichen zeitlichen Umfang üben Sie aktuell Ihre berufliche Tätigkeit aus?

_____ Arbeitsstunden/Arbeitstag _____ Arbeitstage/Woche

Gibt es Besonderheiten hinsichtlich der Arbeitszeitverteilung (z. B. saisonale Schwankungen, Bereitschaftsdienste, Schichtarbeit)?

Nein Ja

Wenn ja, bitte erläutern: _____

5.1.2. Wie hoch ist Ihr derzeitiges Bruttoeinkommen?

Fügen Sie bitte Lohn- bzw. Gehaltsbescheinigungen/Bezügemitteilungen/ Einkommensteuerbescheide (soweit vorliegend) für den Zeitraum ab Eintritt der mutmaßlichen BU bis heute bei! (Wir weisen Sie darauf hin, dass ohne Vorlage entsprechender Unterlagen der Versicherer ggf. berechtigt ist, die Leistungsprüfung einzustellen!)

derzeitiges
Bruttojahreseinkommen

derzeitiger Bruttomonatslohn

derzeitiger Stundenlohn

€

€

€

5.1.3. Nach welchem Tarifvertrag und welcher Tarifgruppe wird Ihre derzeitige Tätigkeit vergütet? (Bei Beamten: Besoldungsordnung, Besoldungsgruppe, Zuschläge)

Tarifvertrag/Besoldungsordnung _____

Tarifgruppe/Besoldungsgruppe _____

Zuschläge _____

5.2. Beabsichtigen Sie, Ihre zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit wieder aufzunehmen?

Nein Ja

Wenn ja, wann? _____

MUSTER

5.3. Bestehen Pläne zur Aufnahme einer anderen beruflichen Tätigkeit?

Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Wann? _____

5.4. Sind zur Wiedererlangung Ihrer Berufsfähigkeit besondere Maßnahmen vorgesehen?

Nein Ja

Wenn ja, Fortbildung Schule Umschulung Studium
 Sonstige _____

Bezeichnung der Maßnahme: _____

Durchgeführt von: _____
(Name, Anschrift)

Kostenträger: _____
(Name, Anschrift)

Dauer der Maßnahme: von _____ bis _____

(Bitte Bescheide etc. beifügen!)

5.5. Raum für weitere Erläuterungen

MUSTER

6. Angaben zur beruflichen Tätigkeit vor Eintritt der mutmaßlichen Berufsunfähigkeit

6.1. Erstellen Sie bitte eine detaillierte Aufstellung Ihrer beruflichen Tätigkeit vor Eintritt der mutmaßlichen Berufsunfähigkeit mit Angabe des durchschnittlichen täglichen Zeitaufwandes in Minuten. Die Aufstellung stellt lediglich eine beispielhafte Auswahl möglicher Teiltätigkeiten dar. Bitte erläutern Sie bei Bedarf die bereits aufgelisteten Teiltätigkeiten näher und vervollständigen Sie die Auflistung mit allen weiteren von Ihnen ausgeübten Teiltätigkeiten. Sollten die aufgelisteten Tätigkeiten nicht ihrem Berufsbild entsprechen, so erstellen Sie bitte eine eigene Auflistung in ähnlichem Stil. Beachten Sie bitte, dass jedwede Teiltätigkeiten, auch solche, die Ihnen selbstverständlich erscheinen, entscheidend für die Einschätzung Ihrer Berufsunfähigkeit sein können.

Nr.	6.1.1. Teiltätigkeit	Arbeitszeit
1	Weiterentwicklung vorhandener sowie Neuentwicklung von Technologien	
2	Erarbeiten von Problemlösungen über Berechnungs- und Konstruktionsarbeiten	
3	Erstellung von Fertigungsanlagen für das Entwicklungserzeugnis	
4	Erstellen von Konstruktionsunterlagen	
5	Bestimmung der Werkstoffe und Formgebungsvorgänge	
6	Steuerung und Überwachung der Fertigungseinrichtungen	
7	Planung von wirtschaftlichen Anlagen und Geräten	
8	Planung und Entwicklung von wirksamen Maßnahmen zur Sicherung der Qualität (Prüfmethoden und -mittel)	
9	Vorgabe von Qualitätsstandards	
10	Erfassung und Auswertung von Meßdaten mittels computergesteuerter Prüfanlagen	
11	PC-Anwendungen	
12	Theoretische Lehrlingsausbildung	
13	Mitarbeiterführung	
14	Allgemeine Bürotätigkeiten (Ablage, Diktat, Registratur etc.)	
15	Kundengespräche und -beratung	
16	Erstellen von Arbeitsablauf- und Zeitplänen	
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

Planerische, organisatorische und kaufmännische Teiltätigkeiten

MUSTER

Nr.	6.1.1. Teiltätigkeit	Arbeitszeit
26	Instandhaltung der Fertigungseinrichtungen	
27	Einsatz von wirtschaftlichen Anlagen und Geräten (Automatisierungstechniken)	
28	Prüfung großer Einheiten (Generatoren, Motoren) durch besondere Prüffelder	
29	Erarbeitung von Problemlösungen durch Laborarbeiten	
30	Arbeitsvorbereitung	
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50	Fahrzeiten	
51	Halten von Vorträgen	
52	Teilnahme an Seminaren	
53	Messebesuche	
54	Tätigkeiten als Gutachter/Sachverständiger	
55	Studium von Fachliteratur	
56		
57		
58		
59		

Handwerkliche und körperliche Teiltätigkeiten

Sonstige Teiltätigkeiten

MUSTER

6.2. Bitte geben Sie an, wie häufig Sie vor Eintritt der mutmaßlichen Berufsunfähigkeit nachfolgend genannten Belastungs-/Einflussfaktoren am Arbeitsplatz ausgesetzt waren!	Häufigkeit pro Arbeitstag ¹⁾			
	nie	gelegentlich	häufig	dauernd
stehend				
gehend und stehend				
sitzend				
im Wechsel von Gehen/Stehen/Sitzen				
in Zwangshaltung (gebückt, vorgebeugt, verdreht)				
kniend/hockend				
auf Leitern und Gerüsten				
Überkopfarbeiten				
Heben und Tragen von Gewichten ²⁾	Häufigkeit			
	Gewichte in kg			
geschützt (z. B. Büro, Werkhalle)				
ungeschützt (z. B. unter freiem Himmel, Baustellen)				
schlechte Lichtverhältnisse				
besondere Anforderungen an räumliches Sehen				
Arbeiten mit Erfordernis dauerhaft konzentrierten Sehens				
Arbeiten an Bildschirmarbeitsplätzen				
Witterungseinflüssen ausgesetzt				
Erschütterungen, Stößen, Schwingungen ausgesetzt				
Gasen/Dämpfen ausgesetzt				
Schmutzarbeit				
Staub, Pollen oder anderen allergieauslösenden Stoffen ausgesetzt				
hautbeeinflussenden Chemikalien ausgesetzt				
Gefährstoffen ausgesetzt (explosiv/leicht entzündlich/strahlend)				
Tragen von Schutzkleidung/Schutzausrüstung nötig				
Arbeiten mit hohen Anforderungen an die Feinmotorik				
Arbeiten mit hohen Anforderungen an den Geruchssinn				
Arbeiten mit hohen Anforderungen an den Geschmackssinn				
Lärmarbeit				
Arbeiten mit angestrengtem Hören				
Arbeiten mit hohen Anforderungen an den Gleichgewichtssinn				
Arbeiten unter starker Konzentration				
¹⁾ Sofern die Häufigkeit der Verrichtung nicht auf einen Arbeitstag bezogen werden kann (z. B. bei wöchentlichem, jährlichem, saisonalem Anfall), bitte entsprechend kenntlich machen (W=wöchentlich; J=jährlich; S=saisonal)! ²⁾ Bitte kreuzen Sie die Häufigkeit an und tragen darunter die Gewichtsbelastung ein!				

7. Angaben zur beruflichen Tätigkeit nach Eintritt der mutmaßlichen Berufsunfähigkeit

7.1. Erstellen Sie bitte eine detaillierte Aufstellung Ihrer **beruflichen Tätigkeit nach Eintritt der mutmaßlichen Berufsunfähigkeit** mit **Angabe des durchschnittlichen täglichen Zeitaufwandes in Minuten**. Die Aufstellung stellt lediglich eine beispielhafte Auswahl möglicher Teiltätigkeiten dar. Bitte **erläutern** Sie bei Bedarf die bereits aufgelisteten Teiltätigkeiten näher und vervollständigen Sie die Auflistung mit allen weiteren von Ihnen ausgeübten Teiltätigkeiten. Sollten die aufgelisteten Tätigkeiten nicht ihrem Berufsbild entsprechen, so erstellen Sie bitte eine eigene Auflistung in ähnlichem Stil. Beachten Sie bitte, dass jedwede Teiltätigkeiten, auch solche, die Ihnen selbstverständlich erscheinen, entscheidend für die Einschätzung Ihrer Berufsunfähigkeit sein können.

	Nr.	7.1.1. Teiltätigkeit	Arbeitszeit
Planerische, organisatorische und kaufmännische Teiltätigkeiten	1	Weiterentwicklung vorhandener sowie Neuentwicklung von Technologien	
	2	Erarbeiten von Problemlösungen über Berechnungs- und Konstruktionsarbeiten	
	3	Erstellung von Fertigungsanlagen für das Entwicklungserzeugnis	
	4	Erstellen von Konstruktionsunterlagen	
	5	Bestimmung der Werkstoffe und Formgebungsvorgänge	
	6	Steuerung und Überwachung der Fertigungseinrichtungen	
	7	Planung von wirtschaftlichen Anlagen und Geräten	
	8	Planung und Entwicklung von wirksamen Maßnahmen zur Sicherung der Qualität (Prüfmethoden und -mittel)	
	9	Vorgabe von Qualitätsstandards	
	10	Erfassung und Auswertung von Meßdaten mittels computergesteuerter Prüfanlagen	
	11	PC-Anwendungen	
	12	Theoretische Lehrlingsausbildung	
	13	Mitarbeiterführung	
	14	Allgemeine Bürotätigkeiten (Ablage, Diktat, Registratur etc.)	
	15	Kundengespräche und -beratung	
	16	Erstellen von Arbeitsablauf- und Zeitplänen	
	17		
	18		
	19		
	20		
	21		
	22		
	23		
	24		
	25		

MUSTER

Nr.	7.1.1. Teiltätigkeit	Arbeitszeit
26	Instandhaltung der Fertigungseinrichtungen	
27	Einsatz von wirtschaftlichen Anlagen und Geräten (Automatisierungstechniken)	
28	Prüfung großer Einheiten (Generatoren, Motoren) durch besondere Prüffelder	
29	Erarbeitung von Problemlösungen durch Laborarbeiten	
30	Arbeitsvorbereitung	
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50	Fahrzeiten	
51	Halten von Vorträgen	
52	Teilnahme an Seminaren	
53	Messebesuche	
54	Tätigkeiten als Gutachter/Sachverständiger	
55	Studium von Fachliteratur	
56		
57		
58		
59		

Handwerkliche und körperliche Teiltätigkeiten

Sonstige Teiltätigkeiten

MUSTER

7.2. Bitte geben Sie an, wie häufig Sie nach Eintritt der mutmaßlichen Berufsunfähigkeit nachfolgend genannten Belastungs-/Einflussfaktoren am Arbeitsplatz ausgesetzt waren!	Häufigkeit pro Arbeitstag ¹⁾			
	nie	gelegentlich	häufig	dauernd
stehend				
gehend und stehend				
sitzend				
im Wechsel von Gehen/Stehen/Sitzen				
in Zwangshaltung (gebückt, vorgebeugt, verdreht)				
kniend/hockend				
auf Leitern und Gerüsten				
Überkopfarbeiten				
Heben und Tragen von Gewichten ²⁾	Häufigkeit			
	Gewichte in kg			
geschützt (z. B. Büro, Werkhalle)				
ungeschützt (z. B. unter freiem Himmel, Baustellen)				
schlechte Lichtverhältnisse				
besondere Anforderungen an räumliches Sehen				
Arbeiten mit Erfordernis dauerhaft konzentrierten Sehens				
Arbeiten an Bildschirmarbeitsplätzen				
Witterungseinflüssen ausgesetzt				
Erschütterungen, Stößen, Schwingungen ausgesetzt				
Gasen/Dämpfen ausgesetzt				
Schmutzarbeit				
Staub, Pollen oder anderen allergieauslösenden Stoffen ausgesetzt				
hautbeeinflussenden Chemikalien ausgesetzt				
Gefährstoffen ausgesetzt (explosiv/leicht entzündlich/strahlend)				
Tragen von Schutzkleidung/Schutzausrüstung nötig				
Arbeiten mit hohen Anforderungen an die Feinmotorik				
Arbeiten mit hohen Anforderungen an den Geruchssinn				
Arbeiten mit hohen Anforderungen an den Geschmackssinn				
Lärmarbeit				
Arbeiten mit angestrengtem Hören				
Arbeiten mit hohen Anforderungen an den Gleichgewichtssinn				
Arbeiten unter starker Konzentration				
¹⁾ Sofern die Häufigkeit der Verrichtung nicht auf einen Arbeitstag bezogen werden kann (z. B. bei wöchentlichem, jährlichem, saisonalem Anfall), bitte entsprechend kenntlich machen (W=wöchentlich; J=jährlich; S=saisonal)! ²⁾ Bitte kreuzen Sie die Häufigkeit an und tragen darunter die Gewichtsbelastung ein!				

MUSTER

8. Schlussteil

8.1. Bitte geben Sie Ihre Bankverbindung an, auf die etwaige Leistungen überwiesen werden können:

Kontoinhaber	
Kontonummer	
Geldinstitut (Name, Ort)	
BLZ	_ _ _ _ _ _ _ _
IBAN (s. Kontoauszug)	DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
SWIFT-BIC Code bei Auslandsüberweisung	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Steueridentifikationsnummer der versicherten Person	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Steueridentifikationsnummer Kontoinhaber(in)	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

8.2. Bitte kontrollieren Sie vor Absendung des Fragebogens, ob Sie alle notwendigen Unterlagen und Nachweise beigefügt haben:

- alle Ihnen verfügbaren ärztlichen Unterlagen
- bei Unfällen alle verfügbaren Unterlagen über den Unfallhergang, Unfallanzeigen etc.
- Nachweise zum beruflichen Werdegang und zu den erreichten Qualifikationen
- Nachweise zu zwischenzeitlich begonnenen/abgeschlossenen Aus-/Fort-/Weiterbildungen
- Einkommensnachweise (Lohn-/Gehaltsabrechnungen, Bezügemitteilungen, Einkommensteuerbescheide, bei Selbstständigen zusätzlich: Jahresabschlüsse/Gewinnermittlungen etc.)
- Renten- und Rentenanpassungsbescheide bzw. Ablehnungsbescheide von Sozialversicherungsträgern
-

Wichtige Erklärung

Ich bestätige, dass ich die vorstehenden Fragen nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass ich im Laufe des Prüfungsverfahrens eintretende Veränderungen von Umständen, die für die Beurteilung bedingungsgemäßer Berufsunfähigkeit relevant sind, unverzüglich nachmelden muss. Ich bestätige, dass ich die beiliegende Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG erhalten und zur Kenntnis genommen habe.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person

Beim Ausfüllen des Fragebogens hat mitgewirkt:

Name, Vorname

Ort, Datum, Unterschrift

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Verstoßen Sie vorsätzlich gegen die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens - ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust - kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis:

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, Aufklärung und Vorlage von Belegen verpflichtet.