

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____

Geburtsdatum: _____

Allgemeine Tätigkeitsbeschreibung

Allgemeine Tätigkeitsbeschreibung zum Antrag vom _____

1. Welchen Beruf üben Sie aus ?	
2. Sind Sie	<input type="checkbox"/> in einem Angestelltenverhältnis, <input type="checkbox"/> in einem auf Zeit begrenzten Angestelltenverhältnis, <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> oder auf freiberuflicher Basis tätig?
3. Welche Ausbildung haben Sie absolviert?	
4. In welcher Branche sind Sie tätig?	
5. Bitte beschreiben Sie kurz die Schwerpunkte Ihrer Tätigkeit.	

427178 - 10.09

<p>6. 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>			
<p>7. Wie viele Stunden am Tag arbeiten Sie?</p>	<p>_____ Stunden</p>		
<p>8. Üben Sie Ihre Tätigkeit auch im Ausland aus?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, bitte Angaben zu Land, Dauer und Häufigkeit:</p>		
<p>9. Bitte geben Sie Details Ihres beruflichen Werdeganges bekannt:</p>			
<p>10. Wie hoch schätzen Sie den jeweiligen prozentualen Anteil Ihrer Tätigkeit ein?</p>	<p>Künstlerische Tätigkeit _____ % Kaufmännische Tätigkeit _____ % Handwerkliche Tätigkeit _____ % Außendiensttätigkeit _____ %</p>		
<p>11. Sind Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit besonderen Gefahren ausgesetzt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welchen?:</p>		
<p>12. Welche der folgenden Belastungen bzw. gesundheitlichen Anforderungen treffen bei Ihrer beruflichen Tätigkeit überdurchschnittlich häufig zu?</p>	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>Arbeitsort</p> <p><input type="checkbox"/> Unfallgefahr <input type="checkbox"/> Witterungs- und Temperaturexpositionen <input type="checkbox"/> Staub- Gas- oder Chemikalienexposition <input type="checkbox"/> Allergenexposition <input type="checkbox"/> Publikumsverkehr <input type="checkbox"/> Berufliche Alkoholexposition <input type="checkbox"/> Erschütterungen, Vibrationen <input type="checkbox"/> Führen von gewerblichen Verkehrsmitteln/Maschinen</p> <p>Körperliche Belastung</p> <p><input type="checkbox"/> Schwere körperliche Arbeiten <input type="checkbox"/> Arbeiten in Zwangshaltungen <input type="checkbox"/> Obere Extremitäten <input type="checkbox"/> Hand- und Fingerfertigkeit <input type="checkbox"/> Untere Extremitäten</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>Arbeitszeit</p> <p><input type="checkbox"/> Akkordarbeit <input type="checkbox"/> Schichtdienst <input type="checkbox"/> unregelmäßige Arbeitszeiten</p> <p>Sinnesorgane</p> <p><input type="checkbox"/> Sehvermögen <input type="checkbox"/> Hörvermögen <input type="checkbox"/> Stimme <input type="checkbox"/> Lärmexposition <input type="checkbox"/> ständige Konzentration <input type="checkbox"/> psychische Beanspruchung <input type="checkbox"/> Riechvermögen <input type="checkbox"/> Tastvermögen <input type="checkbox"/> Geschmacksvermögen</p> </td> </tr> </table>	<p>Arbeitsort</p> <p><input type="checkbox"/> Unfallgefahr <input type="checkbox"/> Witterungs- und Temperaturexpositionen <input type="checkbox"/> Staub- Gas- oder Chemikalienexposition <input type="checkbox"/> Allergenexposition <input type="checkbox"/> Publikumsverkehr <input type="checkbox"/> Berufliche Alkoholexposition <input type="checkbox"/> Erschütterungen, Vibrationen <input type="checkbox"/> Führen von gewerblichen Verkehrsmitteln/Maschinen</p> <p>Körperliche Belastung</p> <p><input type="checkbox"/> Schwere körperliche Arbeiten <input type="checkbox"/> Arbeiten in Zwangshaltungen <input type="checkbox"/> Obere Extremitäten <input type="checkbox"/> Hand- und Fingerfertigkeit <input type="checkbox"/> Untere Extremitäten</p>	<p>Arbeitszeit</p> <p><input type="checkbox"/> Akkordarbeit <input type="checkbox"/> Schichtdienst <input type="checkbox"/> unregelmäßige Arbeitszeiten</p> <p>Sinnesorgane</p> <p><input type="checkbox"/> Sehvermögen <input type="checkbox"/> Hörvermögen <input type="checkbox"/> Stimme <input type="checkbox"/> Lärmexposition <input type="checkbox"/> ständige Konzentration <input type="checkbox"/> psychische Beanspruchung <input type="checkbox"/> Riechvermögen <input type="checkbox"/> Tastvermögen <input type="checkbox"/> Geschmacksvermögen</p>
<p>Arbeitsort</p> <p><input type="checkbox"/> Unfallgefahr <input type="checkbox"/> Witterungs- und Temperaturexpositionen <input type="checkbox"/> Staub- Gas- oder Chemikalienexposition <input type="checkbox"/> Allergenexposition <input type="checkbox"/> Publikumsverkehr <input type="checkbox"/> Berufliche Alkoholexposition <input type="checkbox"/> Erschütterungen, Vibrationen <input type="checkbox"/> Führen von gewerblichen Verkehrsmitteln/Maschinen</p> <p>Körperliche Belastung</p> <p><input type="checkbox"/> Schwere körperliche Arbeiten <input type="checkbox"/> Arbeiten in Zwangshaltungen <input type="checkbox"/> Obere Extremitäten <input type="checkbox"/> Hand- und Fingerfertigkeit <input type="checkbox"/> Untere Extremitäten</p>	<p>Arbeitszeit</p> <p><input type="checkbox"/> Akkordarbeit <input type="checkbox"/> Schichtdienst <input type="checkbox"/> unregelmäßige Arbeitszeiten</p> <p>Sinnesorgane</p> <p><input type="checkbox"/> Sehvermögen <input type="checkbox"/> Hörvermögen <input type="checkbox"/> Stimme <input type="checkbox"/> Lärmexposition <input type="checkbox"/> ständige Konzentration <input type="checkbox"/> psychische Beanspruchung <input type="checkbox"/> Riechvermögen <input type="checkbox"/> Tastvermögen <input type="checkbox"/> Geschmacksvermögen</p>		

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

13. Welche berufliche Funktion üben Sie aus?	
14. Welche Freizeitaktivitäten betreiben Sie und in welcher Form?	

Entbindung von der Schweigepflicht

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos benötigt die ALTE LEIPZIGER personenbezogene Daten von mir. Die Verwendung (= Erhebung, Verarbeitung, Nutzung) dieser Daten ist grundsätzlich aufgrund gesetzlicher Vorschriften zulässig. Im nachfolgenden Fall ist allerdings **meine Einwilligung** erforderlich:

Die ALTE LEIPZIGER 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 Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Die ALTE LEIPZIGER bzw. die Mitarbeiter des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an sie beratende externe 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). Ich wiederhole sämtliche Erklärungen, die ich im Zusammenhang mit dem zuletzt bei der ALTE LEIPZIGER gestellten Lebensversicherungsantrag abgegeben habe.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person, falls minderjährig,
auch die des gesetzlichen Vertreters

--	--