





# Fragebogen Tätigkeitsbeschreibung

Versicherungsnehmer (Vorname, Nachname und Geburtsdatum) \_\_\_\_\_

Zu versichernde Person (Vorname, Nachname und Geburtsdatum) \_\_\_\_\_

Erfassungs-/Antragsnummer

**Wichtiger Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht:**

Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie oder die versicherte Person alle hier gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten (vorvertragliche Anzeigepflicht). Beantworten Sie oder die versicherte Person die hier gestellten Fragen nicht, nicht vollständig oder nicht richtig, kann die WWK Lebensversicherung a. G. unter bestimmten Voraussetzungen vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen, anfechten, eine Vertragsanpassung verlangen und die Leistung verweigern. Details können Sie der „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ (Deutschland) und „Mitteilung nach § 16ff VersVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ (Österreich) in diesem Formular entnehmen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die wichtigen Informationen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht erhalten und wir Sie über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung informiert haben.

**Zu meinem Antrag/Erfassungsbogen gebe ich die folgende ergänzende Erklärung ab:**

**Allgemeine Fragen zur beruflichen Tätigkeit**

1. Welchen Beruf üben Sie derzeit aus?	_____
2. Beschreiben Sie detailliert Ihre Tätigkeit anhand einer durchschnittlichen Arbeitswoche mit Tagesablauf:	_____ _____ _____
3. Seit wann üben Sie diese Tätigkeit aus (MM/JJJJ)?	_____
4. Für welche Firma und in welcher Branche sind Sie tätig?	Firma: _____ Branche: _____
5. Üben Sie eine Nebentätigkeit aus?  Falls ja:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  Welche Nebentätigkeit(en) üben Sie aus? _____  Wie hoch ist der prozentuale Anteil zum Hauptberuf? _____ %  Bruttoeinkommen aus der Nebentätigkeit: <input type="checkbox"/> kein Einkommen    aktuelles Jahr: _____ letztes Jahr: _____    vorletztes Jahr: _____
6. Welchen Erwerbsstatus haben Sie?	<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Selbstständiger/Freiberufler <input type="checkbox"/> Auszubildender <input type="checkbox"/> Schüler (Oberstufe) <input type="checkbox"/> Schüler (sonstige) <input type="checkbox"/> Student mit Fachrichtung: _____
7. Sind Sie Beamter?  Falls ja:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> auf Lebenszeit/pragmatisiert <input type="checkbox"/> auf Zeit <input type="checkbox"/> auf Probe/provisorisch <input type="checkbox"/> auf Widerruf  In welcher Besoldungsgruppe sind Sie eingestuft? _____
8. Anzahl der Mitarbeiter bei Selbstständigkeit?	in Vollzeit: _____ in Teilzeit: _____ freiberuflich: _____
9. Welche Ausbildung haben Sie absolviert?	_____
10. Haben Sie einen in Deutschland oder Österreich anerkannten akademischen Titel/Grad?  Falls ja:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  Welchen? _____  Seit wann (MM/JJJJ)? _____  Verliehen von (z. B. Uni, FH)? _____

# Fragebogen Tätigkeitsbeschreibung

<p>11. Haben Sie dauerhaft disziplinarische und fachliche Personalverantwortung (keine Werkstudenten, Zeit-/Leiharbeiter, Auszubildende sowie Selbstständige)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, für _____ Mitarbeiter</p>														
<p>12. Wie hoch schätzen Sie den jeweils prozentualen Anteil Ihrer Tätigkeit gemessen an einer durchschnittlichen Arbeitswoche ein?</p>	<p><input type="checkbox"/> Büroätigkeit an einem festen Arbeitsplatz im eigenen Büro _____ %</p> <p><input type="checkbox"/> handwerklich/körperlich _____ %</p> <p><input type="checkbox"/> Außendienst- und/oder Reisetätigkeit _____ %</p> <p><input type="checkbox"/> kreativ/künstlerisch _____ %</p> <p><input type="checkbox"/> Tätigkeit in einem Labor _____ %</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Umgang mit Explosivstoffen _____ %</li> <li>• Umgang mit gesundheitsgefährdenden Substanzen _____ %</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Tätigkeit in einer Praxis (z. B. Ärzte oder Therapeuten) _____ %</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• davon beratend/therapeutisch _____ %</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> sonstige Tätigkeiten (z. B. an einem externen/fremden Arbeitsplatz) _____ %</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche? _____</li> </ul>														
<p>13. Sind Sie beruflich im außereuropäischen Ausland unterwegs?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja    Falls ja: Bitte beantworten Sie die speziellen Fragen zum Auslandsaufenthalt.</p>														
<p><input type="checkbox"/> <b>Spezielle Fragen zum Auslandsaufenthalt</b></p>															
<p>1. Anlass des Auslandsaufenthaltes?</p>	<p><input type="checkbox"/> Beruf    <input type="checkbox"/> Work &amp; Travel    <input type="checkbox"/> andere: Welche? _____</p>														
<p>2. In welchem Land/welchen Ländern werden Sie sich über welchen Zeitraum aufhalten?</p>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">Aufenthaltssort</td> <td style="width: 40%;">Aufenthaltsdauer (TT/MM/JJJJ)</td> </tr> <tr> <td>Land: _____</td> <td>von _____ bis _____</td> </tr> <tr> <td>Region/Stadt: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Land: _____</td> <td>von _____ bis _____</td> </tr> <tr> <td>Region/Stadt: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Land: _____</td> <td>von _____ bis _____</td> </tr> <tr> <td>Region/Stadt: _____</td> <td></td> </tr> </table>	Aufenthaltssort	Aufenthaltsdauer (TT/MM/JJJJ)	Land: _____	von _____ bis _____	Region/Stadt: _____		Land: _____	von _____ bis _____	Region/Stadt: _____		Land: _____	von _____ bis _____	Region/Stadt: _____	
Aufenthaltssort	Aufenthaltsdauer (TT/MM/JJJJ)														
Land: _____	von _____ bis _____														
Region/Stadt: _____															
Land: _____	von _____ bis _____														
Region/Stadt: _____															
Land: _____	von _____ bis _____														
Region/Stadt: _____															
<p>3. Ist der Auslandsaufenthalt befristet?</p> <p>Bei befristeten beruflichen Auslandsaufenthalten ist ein entsprechender Nachweis in Form einer Kopie des Arbeitsvertrages bzw. eine Bestätigung des Arbeitgebers einzureichen.</p>	<p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, bis (MM/JJJJ) _____    <input type="checkbox"/> unbekannt</p>														
<p>4. Haben Sie sich in der Vergangenheit bereits beruflich im Ausland aufgehalten?</p> <p>Falls ja:</p>	<p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">Aufenthaltssort</td> <td style="width: 40%;">Aufenthaltsdauer (TT/MM/JJJJ)</td> </tr> <tr> <td>Land: _____</td> <td>von _____ bis _____</td> </tr> <tr> <td>Region/Stadt: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Land: _____</td> <td>von _____ bis _____</td> </tr> <tr> <td>Region/Stadt: _____</td> <td></td> </tr> </table>	Aufenthaltssort	Aufenthaltsdauer (TT/MM/JJJJ)	Land: _____	von _____ bis _____	Region/Stadt: _____		Land: _____	von _____ bis _____	Region/Stadt: _____					
Aufenthaltssort	Aufenthaltsdauer (TT/MM/JJJJ)														
Land: _____	von _____ bis _____														
Region/Stadt: _____															
Land: _____	von _____ bis _____														
Region/Stadt: _____															
<p>5. Liegt Ihr Lebensmittelpunkt außerhalb Deutschlands/ Österreichs?</p> <p>Falls ja:</p>	<p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wo? _____</p>														

# Fragebogen Tätigkeitsbeschreibung

6. Beabsichtigen Sie, Ihren Lebensmittelpunkt ins Ausland zu verlegen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von (MM/JJJJ) _____ bis (MM/JJJJ) _____ <input type="checkbox"/> dauerhaft
7. Wo innerhalb des Landes werden Sie sich aufhalten?	<input type="checkbox"/> Hauptstadt <input type="checkbox"/> Stadt (außer Hauptstadt), städtisches Gebiet <input type="checkbox"/> Dorf, ländliches oder abgeschiedenes Gebiet <input type="checkbox"/> unbekannt
8. Wie sind Sie im Ausland untergebracht?	<input type="checkbox"/> Gehobener Standard (Hotel, Haus, Appartement) <input type="checkbox"/> Landestypischer Standard <input type="checkbox"/> Einfacher Standard, z.B. Camp, Baracke, Zelt, Container <input type="checkbox"/> unbekannt
9. Reisen Sie innerhalb des Aufenthaltslandes? (Fortbewegung in Bezug auf die berufliche Tätigkeit/ Aktivität)	<input type="checkbox"/> keine oder begrenzte Reisetätigkeit, ein fester Einsatzort <input type="checkbox"/> regelmäßige Reisetätigkeit zu zwei oder mehr festen Einsatzorten <input type="checkbox"/> regelmäßige Reisetätigkeit zu wechselnden Einsatzorten <input type="checkbox"/> unbekannt

## Spezielle Fragen zu Soldaten

<input type="checkbox"/> Freiwilliger Wehrdienst/Grundwehrdienst (Bundesheer)	seit (MM/JJJJ) _____ bis (MM/JJJJ) _____
<input type="checkbox"/> Zeitsoldat	seit (MM/JJJJ) _____ bis (MM/JJJJ) _____
<input type="checkbox"/> Berufssoldat	seit (MM/JJJJ) _____ Endalter für die Dienstausbildung: _____ Jahre
1. In welcher Streitkraft üben Sie Ihren Dienst aus? Welchem Verband gehören Sie dort an?	_____ _____
2. Beschreiben Sie detailliert Ihre Tätigkeit oder Verwendung bei der Bundeswehr/im Bundesheer anhand einer durchschnittlichen Arbeitswoche mit Tagesablauf:	_____ _____
3. Wurden Sie für eine Spezialverwendung ausgebildet oder gehören Sie zu den Spezialeinsatzkräften gemäß § 63 Soldatenversorgungsgesetz (D) oder des Jagdkommandos (O) bzw. des Jägerbataillons (O), z.B.  – fliegendes oder springendes Personal – Luftlandetruppen – Bergrettungsdienst – Kampfschwimmer – Minentaucher oder -demonteur – Versuchspersonal – Munitionsuntersuchungspersonal – Einsatz in tauch- oder schwimmfähigen Landfahrzeugen – Einsatz im U-Boot – Helm- oder Schwimmtaucher – Einsatz beim Ein- und Aushängen von Außenlasten bei einem Drehflügelflugzeug – Angehöriger des Kommandos Spezialkräfte – Fallschirmspringer – Gebirgs- oder Winterkampf  oder wurden Sie für hier nicht genannte Spezialverwendungen ausgebildet bzw. gehören hier nicht genannten Spezialeinsatzkräften an?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche? _____ _____ _____ _____
4. Welche Ausbildung haben Sie absolviert?	_____
5. Welchen Beruf haben Sie vorher ausgeübt?	_____
6. Wie hoch schätzen Sie den jeweils prozentualen Anteil Ihrer Tätigkeit gemessen an einer durchschnittlichen Arbeitswoche ein?	<input type="checkbox"/> Bürotätigkeit an einem festen Arbeitsplatz im eigenen Büro _____ % <input type="checkbox"/> handwerklich/körperlich _____ % <input type="checkbox"/> Außendienst- und/oder Reisetätigkeit _____ %

# Fragebogen Tätigkeitsbeschreibung

	<input type="checkbox"/> sonstige Tätigkeiten (z. B. an einem externen/fremden Arbeitsplatz) _____ % <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche? _____</li> </ul>
7. Ist ein Auslandseinsatz vorgesehen? Falls ja:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wann (TT/MM/JJ)? _____ Wohin? _____
8. Liegt ein Marschbefehl vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9. Mit welcher Art von Sprengstoffen oder Munition haben Sie in Ihrer Dienstzeit Umgang?	<input type="checkbox"/> kein Umgang <input type="checkbox"/> Umgang mit: _____
10. Sind Sie in Ihrer Dienstzeit dem Luft- oder Schifffahrtsrisiko ausgesetzt? Falls ja, als:  Um welches Fluggerät oder Schiff handelt es sich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Pilot/Kapitän <input type="checkbox"/> Besatzungsmitglied <input type="checkbox"/> nur Bodenpersonal <input type="checkbox"/> sonstige: Welche? _____ _____

**X Bitte immer beantworten**

Haben sich seit Ihrer Vertragserklärung Änderungen ergeben bezüglich Ihres Gesundheitszustandes/Ihrer Beantwortung der Gesundheitserklärung (z. B. neu aufgetretene Krankheiten, Störungen oder Beschwerden, Sportarten), Ihrem Freizeitverhalten oder Ihrer beruflichen Situation (z. B. Änderung der beruflichen Tätigkeit, Verlust des Arbeitsplatzes)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche? _____ _____
--	---

Ergänzungen: \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass die Fragen richtig und vollständig beantwortet sind. Dieses Formular ist Bestandteil des Antrags/Erfassungsbogens. Eine Kopie habe ich erhalten.

Ort und Datum \_\_\_\_\_

**X**

Unterschrift der zu versichernden Person, gegebenenfalls des gesetzlichen Vertreters