

Fragebogen Beruf/Einkommen

LVF-520 02.21

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

An die
uniVersa
Lebensversicherung a.G.
PVV 4
90333 Nürnberg

Versicherungsnehmer:

Zuname

Vorname

versicherte Person:

Zuname

Vorname

zum Antrag vom 20

Fragen an die zu versichernde Person

1 Fragen zu Ihrem beruflichen Werdegang

abgeschlossene Berufsausbildung als?

abgeschlossene Berufsbildung zu?

Derzeitiger Arbeitgeber/Dienstherr

(Name und Anschrift)

2 Fragen zu Ihrer derzeitigen Berufstätigkeit

Welchen Beruf üben Sie derzeit aus?

Seit wann?

In welcher Branche sind Sie tätig?

Welche Tätigkeiten führen Sie bei Ihrer

Berufsausübung im Einzelnen aus?

(ausführliche Tätigkeitsbeschreibung)

Anzahl der Ihnen unterstellten Personen?

Anzahl der fest angestellten Mitarbeiter
bei Selbstständigen/Freiberuflern?

3 Aus welchen regelmäßigen Verrichtungen setzt sich Ihre berufliche Tätigkeit zusammen (in %)?

☐ körperliche Arbeiten? %

☐ Bürotätigkeit an einem festen Arbeitsplatz? %

☐ künstlerische Arbeiten? %

☐ sonstige Arbeiten? %

welche:

Fragebogen Beruf/Einkommen

LVF-520 02.21

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--

4 Frühere berufliche Tätigkeiten

Übten Sie früher eine andere berufliche Tätigkeit aus? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja:

Welche?

Wann?

Wie lange?

Aus welchen Gründen haben Sie

die berufliche Tätigkeit gewechselt?

5 Berufliche Reisen

Reisen Sie beruflich ins außereuropäische Ausland? ☐ nein ☐ ja, nach (Stadt und Land)

Häufigkeit?

Dauer des Aufenthalts?

Art der Unterbringung?

Wann zuletzt?

Welche Tätigkeiten üben Sie dort aus?

6 Bruttoeinkünfte aus selbstständiger/nichtselbstständiger Arbeit der letzten drei Jahre?

Die maximal mögliche Gesamt-Berufsunfähigkeitsjahresrente errechnet sich aus der beantragten BU-Jahresrente inkl. aller bestehenden Verträge und aller Absicherungen bei Wettbewerbern.

Bei einer Gesamt-Berufsunfähigkeitsjahresrente **von über 24.000 EUR** bitte das Bruttoeinkommen der letzten 3 Jahre hier angeben:

Jahr : EUR : EUR : EUR

Bei einer Gesamt-Berufsunfähigkeitsjahresrente **von über 30.000 EUR** bitte **Einkommensnachweise** der letzten 3 Jahre mittels Gehaltsabrechnung, Steuerbescheid oder Jahreseinkommensbescheinigung des Arbeitgebers **beifügen!**

Besoldungsgruppe bzw. Vergütungsgruppe bei Beschäftigten im öffentlichen Dienst:

Es kann maximal eine jährliche Gesamt-Berufsunfähigkeitsabsicherung in Höhe von 60% des Bruttoarbeitseinkommens der letzten 12 Monate angeboten werden, soweit keine berufsspezifischen Risiken zu berücksichtigen sind, wobei Einkommensanteile über 50.000 EUR nur noch zu 35% abgesichert werden können.

7 Weitere Absicherungen bei Berufsunfähigkeit und/oder Invalidität

Bestehen für Sie weitere Absicherungen bei Pflegebedürftigkeit, Berufs-, Erwerbs-, Dienstunfähigkeit oder sonstige alternative Invaliditätsdeckungen zur Absicherung der Arbeitskraft? Sofern die nachfolgend angegebene Absicherung keine Berufsunfähigkeitsrente (BU) ist, teilen Sie uns bitte mit, um welche Form der Absicherung es sich handelt.

a) Betriebliche Altersversorgung ☐ nein ☐ ja, in Höhe von EUR (jährlicher Betrag) Art: BU, ☐

b) Berufsständisches Versorgungswerk ☐ nein ☐ ja, in Höhe von EUR (jährlicher Betrag) Art: BU, ☐

c) Private Versicherungsleistungen ☐ nein ☐ ja, in Höhe von EUR (jährlicher Betrag) Art: BU, ☐

GEMÄSS § 19 VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ SIND DIE VOM VERSICHERER IN TEXTFORM GESTELLTEN FRAGEN (HIERZU ZÄHLEN U.A. NEBEN DEM ALTER DIE BERUFLICHE SITUATION, DIE AUSÜBUNG SPORTLICHER AKTIVITÄTEN, DIE MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE UND DER AKTUELLE GESUNDHEITSZUSTAND SOWIE AUCH DIE EINKOMMENSITUATION, BESTEHENDE BZW. BEANTRAGTE VORVERSICHERUNGEN) NACH BESTEM WISSEN RICHTIG UND VOLLSTÄNDIG ZU BEANTWORTEN UND DABEI AUCH VON MIR FÜR UNWESENTLICH GEHALTENE UMSTÄNDE, NACH DENEN DORT GEFRAGT WIRD, ANZUGEBEN. BEI SCHULDHAFTER VERLETZUNG DIESER PFLICHT KANN DER VERSICHERER VOM VERTRAG ZURÜCKTRETEN, KÜNDIGEN, DEN VERTRAG RÜCKWIRKEND ANPASSEN ODER IHN ANFECHTEN UND GEGEBENENFALLS DIE LEISTUNG VERWEIGERN. DIE VOLLSTÄNDIGE MITTEILUNG NACH § 19 VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ ENTNEHMEN SIE BITTE DEM ANTRAG.

☒ ☒
Ort Datum (versicherte Person) (Versicherungsnehmer)