

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

HT-MAKLER GmbH & Co. KG

Neumarkt 4 • 09661 Hainichen

Tel.: 037207 / 3670

Fax: 037207 / 6982

mail@ht-makler.de

https://ht-makler.de/

Persönlicher Ansprechpartner:

1. Zu versichernde Person	
1.1. Vorname, Nachname	<input type="text"/>
1.2. Geburtsdatum	<input type="text"/>
2. Angaben zum Beruf	
2.1. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus?	<input type="text"/>
2.2. In welcher Branche?	<input type="text"/>
2.3 Wie lange pro Woche üben Sie diese Tätigkeit aus?	<input type="text"/> Stunden pro Woche, das entspricht ca. <input type="text"/> % der wöchentlichen Arbeitszeit. Sofern Sie weitere Tätigkeiten ausüben, erfassen Sie diese bitte in einem separaten Fragebogen!
2.4. Üben Sie die Tätigkeit auch im Ausland aus?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte Angaben zu Land, Dauer und Häufigkeit machen: <input type="text"/>
2.5. Arbeiten Sie in einem Betrieb als Arbeitnehmer?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte Art des Betriebes und Tätigkeitsdauer im Betrieb angeben: <input type="text"/>
2.6. Sind Sie befristet angestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Befristung bis <input type="text"/>

<p>2.7. Arbeiten Sie als Selbständiger im eigenen Betrieb?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Art des Betriebes und Anzahl der ständig Beschäftigten angeben:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>														
<p>2.8. Höchster Schul-/Bildungsabschluss?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>														
<p>2.9. Verfügen Sie über eine abgeschlossene Berufsausbildung?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>														
<p>2.10. Bitte beschreiben Sie kurz die Schwerpunkte Ihrer aktuellen Tätigkeit:</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>														
<p>2.11. 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>	<div style="border: 1px solid black; height: 160px; width: 100%;"></div>														
<p>2.12. Wie hoch schätzen Sie den jeweiligen prozentualen Anteil Ihrer Tätigkeit ein?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td>% Bürotätigkeit</td> </tr> <tr> <td style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td>% Aufsichtsführende/leitende Tätigkeit</td> </tr> <tr> <td style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td>% körperliche/manuelle Tätigkeit</td> </tr> <tr> <td style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td>% künstlerische Tätigkeit</td> </tr> <tr> <td style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td>% Reisetätigkeit</td> </tr> <tr> <td style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td>% Innen-/Außendienst</td> </tr> <tr> <td style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td>% Sonstige Tätigkeit</td> </tr> </table>		% Bürotätigkeit		% Aufsichtsführende/leitende Tätigkeit		% körperliche/manuelle Tätigkeit		% künstlerische Tätigkeit		% Reisetätigkeit		% Innen-/Außendienst		% Sonstige Tätigkeit
	% Bürotätigkeit														
	% Aufsichtsführende/leitende Tätigkeit														
	% körperliche/manuelle Tätigkeit														
	% künstlerische Tätigkeit														
	% Reisetätigkeit														
	% Innen-/Außendienst														
	% Sonstige Tätigkeit														
<p>2.13. Wie viele Mitarbeiter haben Sie oder sind Ihnen im kaufmännischen Bereich unterstellt (bei leitenden Personen)?</p>	<p>Anzahl Vollzeitbeschäftigte <input style="width: 40px;" type="text"/> Anzahl Teilzeitbeschäftigte <input style="width: 40px;" type="text"/></p>														
<p>2.14. Ist Ihre Berufstätigkeit mit Auslandsaufenthalten verbunden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Angaben zu Land, Ort, Dauer, Häufigkeit?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>														

<p>2.15. Sind Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit besonderen Gefahren ausgesetzt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welchen?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.16. Welche der folgenden Belastungen bzw. gesundheitlichen Anforderungen treffen bei Ihrer beruflichen Tätigkeit überdurchschnittlich häufig zu?</p>	<p>Arbeitsort: <input type="checkbox"/> Unfallgefahr <input type="checkbox"/> Witterungs- und Temperatur- expositionen <input type="checkbox"/> Staub-, Gas-, oder Chemikalien- exposition <input type="checkbox"/> Allergenexposition <input type="checkbox"/> Publikums- verkehr <input type="checkbox"/> Berufliche Alkoholexposition <input type="checkbox"/> Erschütterungen, Vibrationen <input type="checkbox"/> Führen von gewerblichen Verkehrsmitteln oder Maschinen</p> <p>Arbeitszeit: <input type="checkbox"/> Akkordarbeit <input type="checkbox"/> Schichtdienst <input type="checkbox"/> unregelmäßige Arbeitszeiten</p> <p>Körperliche Belastung: <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>Sinnesorgane: <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>2.17. Betreiben Sie risikoreiche Freizeitaktivitäten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
<p>Einverständniserklärung zur Datenweitergabe</p>	<p>Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.</p> <hr/> <p>Datum, Unterschrift</p>
<p>Interne Notizen</p>	
<p>Mitarbeiter: <input style="width: 100%;" type="text"/> Datum : <input style="width: 100%;" type="text"/> Uhrzeit: Von <input style="width: 150px;" type="text"/> bis <input style="width: 150px;" type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben <input type="checkbox"/> persönliche Besprechung <input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden <input type="checkbox"/> <input style="width: 150px;" type="text"/></p>
<p>Rev004 vom 18.05.2022</p>	