

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Geburtsdatum:

Antrag auf Aufnahme in die Berufsgruppe 1++

Sofern die nachstehenden Fragen 1 - 6 mit „ja“ beantwortet werden, kann für die Versicherung des Berufsunfähigkeitsrisikos die Einstufung von der Berufsgruppe 1+ in die Berufsgruppe 1++ beantragt werden. Bei abweichenden Angaben ist eine Prüfung möglich.

1. Haben Sie eine akademische oder damit vergleichbare Ausbildung erfolgreich abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja, als _____	
2. Lag Ihr jährliches Einkommen der letzten 3 Jahre mindestens bei 100.000 €brutto?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja, fügen Sie bitte Nachweise der letzten 3 Jahre bei.	
3. Sind Sie aktuell in einem Beruf tätig, der Ihrem Ausbildungsstand entspricht?	
<input type="checkbox"/> nein, sondern als (genaue Tätigkeit) _____	
<input type="checkbox"/> ja, als _____	
4. Üben Sie eine ausbildungsadäquate Tätigkeit seit mindestens 5 Jahren nach dem erfolgreichen Ausbildungsabschluss aus?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja, seit 	
5. Haben Sie Führungsverantwortung	
- als Selbständige/r für mindestens 7 Vollzeitarbeitskräfte?	<input type="checkbox"/> nein, sondern nur für _____ Personen <input type="checkbox"/> ja, für _____ Personen
- als Angestellte/r für mindestens 10 Vollzeitarbeitskräfte?	<input type="checkbox"/> nein, sondern nur für _____ Personen <input type="checkbox"/> ja, für _____ Personen
Ausgeübte Führungsrolle: _____	

Die nachstehende Frage bitte nur von Personen beantworten lassen, die **keine Mediziner** sind:

6. Sind Sie im Rahmen Ihrer Tätigkeit ausschließlich oder zu mindestens 90 % mit kaufmännischen / organisatorischen bzw. aufsichtführenden Tätigkeiten beschäftigt? nein ja

Falls ja, als _____

Die nachstehende Frage bitte nur von **Medizinern** beantworten lassen:

7. Sind Sie im Rahmen Ihrer Tätigkeit mit operativen Aufgaben beschäftigt? nein ja

Falls ja, zu _____ %

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 beantrage hiermit für die Berufsunfähigkeitsversicherung die Aufnahme in die Berufsgruppe 1++.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter

x