

Fragen und Angaben zur Beitragsüberprüfungsoption

Vermittlernummer: _____ Vermittlername: _____

Versicherungsnummer: _____

Kundendaten

Versicherungsnehmer

Versicherte Person identisch mit VN

Name, Vorname: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . _____

Anschrift: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Telefon: _____

1. Allgemeine Fragen zur beruflichen Tätigkeit: (Bei Angaben zu Schüler, entfällt dieser Punkt)

Welche Tätigkeiten üben Sie seit den letzten 6 Monaten aus (bitte genaue Bezeichnung)? _____

Sind Sie bei Ausübung Ihrer Tätigkeit besonderen Gefahren (Sprengstoff, Strahlen, gefährliche Stoffe) ausgesetzt? ja nein

Falls ja, welchen? _____

In welcher Branche sind Sie tätig? _____

Zu welcher Gruppe gehören Sie?

- Angestellte/Arbeiter Arbeitnehmer/Angestellte des Öffentlichen Dienstes Beamte
- Selbstständige Gesellschafter-Geschäftsführer (GGF) Freiberufler
- Vorstände (Kapitalgesellschaften) Leitende Angestellte gemäß BetrVG (Prokura)
- Studenten Auszubildende
- Praktikanten Freiwilliger Wehr-/Bundesfreiwilligendienst/Freiwilliges soziales Jahr
- Geringfügig Beschäftigte Gefördertes Arbeitsverhältnis (z. B. 1-EUR-Stelle)
- Arbeitssuchende in Elternzeit

Bei Studenten/Hochschulabsolventen: Studienfach: _____

Weitere Angaben: vollzeitbeschäftigt teilzeitbeschäftigt, Std. pro Woche _____ Saisonarbeiter

Höchster Abschluss: keiner staatl. anerkannte Berufsbildung (z. B. Meister, Techniker, Fachwirt)
 Schulabschluss Hochschulabschluss (z. B. Universität, Hochschule, duales Studium)
 abgeschlossene Berufsausbildung

Befinden Sie sich in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis (auch Probezeit)? ja nein

Wie hoch ist der Anteil an Bürotätigkeit? _____ %

Sind Sie aufsichtsführend/geschäftsführend tätig? ja nein

Falls ja: Wie viele Personen beaufsichtigen Sie: _____ Personen

Anteil Bürotätigkeit, verwaltender oder aufsichtsführender Tätigkeit in % _____

Bei handwerklichen Berufen: Anteil der körperlichen Tätigkeit in % _____

Bei kaufmännischen Berufen: Verfügen Sie über eine abgeschlossene kaufmännische Ausbildung? ja nein

PESVA03608

2. Allgemeine Fragen für Schüler:

Klassenstufe: 1–4 5–10 11–13

Welche Schulform wird derzeit besucht?

Gymnasium Realschule Hauptschule Grundschule

Schulform mit mehreren möglichen Schulabschlüssen

Schule zum Erwerb der Hochschulreife

zusammengefasste Schulform mit mehreren möglichen Schulabschlüssen

Berufsfachschule: Bitte Zielberuf angeben _____

spezielle Schulformen. Bitte benennen _____

Welcher höchste Schulabschluss kann mit der aktuell besuchten Schulform erreicht werden?

Abitur (Fach)- Hochschulreife Mittlerer Schulabschluss / Mittlere Reife Hauptschulabschluss

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Unterschrift versicherte Person

PESVA03608