

**Beratung durch:**

Hopfauer Versicherungsmakler GmbH & Co. KG  
Luitpoldstraße 45 • 97421 Schweinfurt  
Tel.: 09721 / 89044 • Fax: 09721 / 81603  
info@hopfauer.de  
http://www.hopfauer.de

**Versicherungsnehmer:**

Herr  
Max Mustermann

für  
Herrn  
Max Mustermann  
am 27.09.2011

**Persönlicher Ansprechpartner:**

Herr Marco Hopfauer  
Fax: 09721 / 4764862  
marco@hopfauer.de

<b>Zu versichernde Person</b>	
Vorname, Nachname	Max Mustermann
Geburtsdatum	
Welche Berufsausbildung haben Sie absolviert?	
<b>Angaben zum Beruf</b>	
Anstellungsverhältnis	<input type="checkbox"/> festangestellt seit <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Zeitangestellter von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> freiberuflich tätig
Für welche Firma/Firmen sind Sie tätig?	
Beschreibung Ihrer beruflichen Tätigkeit	
Schwerpunkte Ihrer Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Spielfilme <input type="checkbox"/> Unterhaltungsfilme <input type="checkbox"/> Werbefilme <input type="checkbox"/> Dokumentarfilme <input type="checkbox"/> Berichterstattungen <input type="checkbox"/> Fernsehsendungen
In welchen Gebieten (geographisch) sind Sie bisher Ihrer beruflichen Tätigkeit nachgegangen?	
Welche Gebiete (geographisch) sind für die Zukunft geplant?	
Wo werden Sie sich in dem/den genannten Land/Ländern hauptsächlich aufhalten?	<input type="checkbox"/> in Großstädten oder Orten mit besonders günstigen Lebensbedingungen <input type="checkbox"/> in anderen Orten mit guten, geordneten, aber den Verhältnissen des Landes entsprechenden Bedingungen <input type="checkbox"/> in anderen Orten, deren Lebens- und Arbeitsbedingungen als erschwert einzustufen sind

<p>Berichten Sie über die Brennpunkte des Weltgeschehens?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, bitte nähere Angaben</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<p>für Herrn Max Mustermann am 27.09.2011</p>
<p><b>Allgemein</b></p>		
<p>Haben Sie bisher Verletzungen oder Unfälle bei der Ausübung Ihres Berufes erlitten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, geben Sie bitte Art, Zeitpunkt, Behandlung, Dauer und Folgen des Unfalls, sowie den Unfallhergang an</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
<p>Welche Bruttoeinkünfte haben Sie in den letzten 3 Jahren erzielt?</p>	<p>20 <input type="text"/> : <input type="text"/> Euro 20 <input type="text"/> : <input type="text"/> Euro 20 <input type="text"/> : <input type="text"/> Euro</p>	
<p>Bestehen weitere Berufsunfähigkeitsanwartschaften?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sozialvers.: <input type="text"/> Euro pro Jahr <input type="checkbox"/> Betriebl. BU: <input type="text"/> Euro pro Jahr <input type="checkbox"/> Private BU: <input type="text"/> Euro pro Jahr <input type="checkbox"/> andere: <input type="text"/> Euro pro Jahr</p>	
<p><b>Unterschrift</b></p>	<p>_____</p> <p>Ort, Datum, Unterschrift</p>	
<p>Rev002 vom 21.10.2009</p>		