

Fragebogen: Auslandsaufenthalte

Hinweis für an Fonds Finanz angebundene Makler:

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um allgemeine Selbstauskünfte der Firma Fonds Finanz Maklerservice GmbH handelt. Diese sind erstellt worden, um Ihnen eine Hilfestellung zu geben, wenn das o.g. Krankheitsgebiet geprüft werden soll. Diese Selbstauskunft ersetzt nicht den Arztbericht bei Antragstellung bei der Gesellschaft, sollte dieser gefordert sein.

A

Zu versichernde Person

Geb.-Datum

B

1. In welchem Land / in welchen Ländern werden Sie sich aufhalten?

2. Was ist der Grund Ihrer Auslandsreise?

☐ Urlaub ☐ Geschäftsreise ☐ längerer beruflicher Aufenthalt ☐ Auswanderung ☐ Sonstige: _____

3. Welche Gebiete / Orte (Städte/Regionen) werden Sie für welchen Zeitraum bereisen?

4. Haben Sie sich in der Vergangenheit bereits mehr als 4 Wochen im Ausland aufgehalten?

☐ Nein ☐ Ja! Land? Dauer? Zweck? _____

5. Wie würden Sie Ihre Tätigkeit beschreiben?

☐ Körperlich tätig (> 50%) ☐ Führen von KFZ ☐ Reisetätigkeit
☐ Bedienen von Maschinen ☐ Kfm./aufsichtsführend tätig ☐ Forschungstätigkeit
☐ Sonstiges: _____

6. Sind Sie bei Ihrem Aufenthalt besonderen Beanspruchungen ausgesetzt?

☐ Nässe ☐ Kälte ☐ Ungünstige Arbeitszeiten
☐ Lärm ☐ Hitze ☐ Umgang mit gefährlichen Werkstoffen
☐ Nähere Angaben: _____

7. Angaben zum Beruf

☐ Angestellt ☐ Selbstständig | Seit wann _____
☐ Deutsche Firma ☐ Ausländische Firma | Art des Betriebs: _____
☐ Beschreibung der beruflichen Tätigkeit in Stichpunkten: _____

8. Ist eine medizinische Versorgung gewährleistet?

☐ Ja ☐ Falls ja, wo? Welche Einrichtung? _____
☐ Nein In welcher Entfernung? _____

9. Wie sind Sie im Ausland untergebracht?

☐ Hotel, Haus, Wohnung, gemeinschaftliche Unterkunft ☐ Europäischer Standard ☐ Landestypischer Standard
☐ Wechselnde Unterbringung in unwegsamen Gebieten (Expeditionen / Forschungsauftrag)
☐ Camp, Baracke, Zelt, Container

10. Wo im Zielland werden Sie sich aufhalten?

☐ Hauptstadt / Großstadt ☐ Kleinstadt ☐ Dörfliche Ansiedlung ☐ Unbewohnte Regionen
☐ Sonstige: _____

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

