# Beruflicher Lebenslauf zur Anmeldung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       | NAME: |       |

(Versicherungsnummer)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Bitte füllen Sie den Fragebogen **vollständig** und **wahrheitsgemäss** aus, um Rückfragen, die die Bearbeitung ihres Antrages verlängern, zu vermeiden. Die folgenden Angaben über Ihren **Lebens- und Beschäftigungsverlauf** werden **in jedem Fall** von Ihnen benötigt. Auch wenn Sie ähnliche Angaben bereits in einem Vorverfahren gemacht haben und/oder Ihre Versicherungszeiten bereits festgestellt wurden, haben sie Einfluss auf die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit bzw. geminderte Arbeitsfähigkeit zu jedem neuen Antrag. |

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | SCHUL(HOCHSCHUL)-AUSBILDUNGEN ausserhalb der Pflichtschule |
|  | von | bis | Schule | Abschlussprüfung |
|  |       |       |       | [ ]  JA - Nein [ ]  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2.** | LEHRAUSBILDUNGEN |
|  | von | bis | Bezeichnung der Ausbildung / Schule / Ort | Abschlussprüfung |
|  |       |       |       | [ ]  JA - Nein [ ]  |
|  |       |       |       | [ ]  JA - Nein [ ]  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3.** | SONSTIGE AUS- und WEITERBILDUNGEN (Kurse, Schulungen, Meisterprüfungen und Ähnliches) |
|  | von | bis | Bezeichnung der Ausbildung / Schule / Ort | Abschlussprüfung |
|  |       |       |       | [ ]  JA - Nein [ ]  |
|  |       |       |       | [ ]  JA - Nein [ ]  |
|  |       |       |       | [ ]  JA - Nein [ ]  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4.** | Wegen welcher Leiden und seit wann halten Sie sich hauptsächlich für arbeitsunfähig bzw. für erwerbsunfähig? |
|  | seit: | Art des Leidens: |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **5.** | Angabe zur derzeit ausgeübten Erwerbstätigkeit |
|  | Befinden Sie sich derzeit in einem aufrechtenBeschäftigungsverhältnis? | [ ]  NEIN, aufgelöst seit:      [ ]  JA, voraussichtliches Ende:       |

|  |  |
| --- | --- |
|  **6.** | Alle **ERWERBSTÄTIGKEITEN**:Bitte um eine möglichst genaue Berufsbezeichnung. Nicht „Angestellter“ oder „Arbeiter“, sondern z.B. „Maurer/Polier“, „Buchhalter“, „Autoverkäufer“, „Krankenschwester“, „Automechaniker“, „Sanitär- und Heizungsinstallateur“, usw.  |
|  | von | bis | Berufsbezeichnung | Arbeitgeber | Adresse + PLZ/Ort |
|  |      ................ |      ............... |       |       |       |
|  |      ................ |      …........... |       |       |       |
|  |      ................ |      ............... |       |       |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **7.** | Genaue Beschreibung der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (evtl. zusätzliches Blatt verwenden)1. Bitte beschreiben Sie ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit, als wie sie jemand neu einlernen würden, kurz und bündig.
2. Teilen Sie uns im zweiten Schritt mit, welche Probleme Ihnen aufgrund des jetztigen Gesundheitsschaden entstanden sind. Welche Arbeitsschritte sind nicht mehr möglich, weshalb?
 |
|  |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Datum: ................................................... | Unterschrift: .............................................................. |