

Fragebogen STRAHLENRISIKO

Angaben zur versicherten Person

Zu versichernde Person

Versicherungsantrag Nr.

Belehrung über Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht

Bitte beachten Sie diesen Hinweis vor Beantwortung der nachfolgenden Fragen:

Sie sind gesetzlich verpflichtet, uns vor Vertragsschluss alle Ihnen bekannten Umstände zu jeder der nachfolgend gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Falls Sie oder eine andere versicherte Person die gestellten Fragen nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz, denn dies kann dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz durch Rücktritt oder Anfechtung rückwirkend verlieren.

Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in § 16 ff. VersVG.

Zu meinem Antrag gebe ich folgende ergänzende Erklärung ab:

Angaben zum Beruf

1. Ausgeübter Beruf:

2. Arbeitgeber:

3. In welchem Bereich arbeiten Sie?

Kontrollbereich (Wie viele Stunden in der Woche und seit wann?)

Überwachungsbereich (Wie viele Stunden in der Woche und seit wann?)

Sonstige – Welche? (Wie viele Stunden in der Woche und seit wann?)

4. Sind die radioaktiven Stoffe, mit denen Sie umgehen ...

offen

umschlossen

5. Mit welchen radioaktiven Isotopen gehen Sie um?

6. Haben Sie Umgang mit

Röntengeräten?

Röntgenstörstrahlern?

Angaben zur ausgesetzten Strahlung

7. Welcher Strahlung sind Sie während Ihrer Tätigkeit ausgesetzt?

Alpha-Strahlen

Beta-Strahlen

Gamma-Strahlen

Neutronen

Röntgenstrahlen

Laser-Strahlen

Maser-Strahlen

Mikrowellen

künstlich erzeugte UV-Strahlen

8. Welcher Art sind die Strahlenschutzvorkehrungen bei Ihrer Arbeit?

9. Werden Sie während Ihrer Tätigkeit dosimetrisch überwacht?

Nein

Ja

10. Haben Sie jemals die Dosisgrenzwerte überschritten?

Nein

Ja

Falls ja: Wann? Wie oft? Höhe der Dosiswerte? _____

11. Waren Sie schon einmal wegen Strahlenschäden in ärztlicher Behandlung?

Nein

Ja

Falls ja: Wann? _____

Grund? _____

Folgen? _____

Name und Anschrift des behandelnden Arztes:

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben?
(Bitte immer beantworten)

Zusätzliche Angaben sind beigefügt. Alles vollständig - es folgen keine weiteren Angaben. Es folgen noch Angaben. Anzahl Extrablätter: ____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass der Versicherer bei unvollständiger oder falscher Beantwortung der Fragen vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder den Vertrag rückwirkend anpassen und im Schadenfall eine eventuelle Versicherungsleistung kürzen oder verweigern kann. Ungeachtet dessen kann der Versicherer den Vertrag bei arglistiger Täuschung anfechten und eine eventuelle Versicherungsleistung verweigern.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der zu versichernden Person (falls nicht Versicherungsnehmer)

Unterschrift(en) ges. Vertreter (bei Minderjährigen)