Fragebogen STRAHLENRISIKO

Angaben zur versicherten Person

Versicherungsantrag Nr.:

Zu versichernde Person:

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, Kündigung oder Anfechtung rückwirkend verlieren oder dass später Vertragsanpassungen – auch rückwirkend – notwendig werden.

Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in § 19 ff. VVG sowie in der Gesonderten Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht/ Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung auf der Rückseite Ihres Antrags bzw. Ihrer unverbindlichen Anfrage für einen Vertragsvorschlag.

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
   - ☐ Röntgengeräten?
   - ☐ 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, wann?

Wie oft?

Höhe der Dosiswerte?

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

☐ Nein ☐ 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**