

Service-Center  
IG BCE Arbeitskraftschutz Flex  
85746 Garching b. München

## FRAGEBOGEN radioaktive Stoffe, Röntgen- und andere Strahlen

Versicherung Nr. \_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_  
Versicherte Person \_\_\_\_\_

1. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber

2. Seit wann haben Sie in Ihrem Beruf bzw. Ihrer Tätigkeit Umgang mit radioaktiven Stoffen (Isotopen), strahlenerzeugenden Geräten oder Chemikalien?

\_\_\_\_\_

3. Haben Sie bereits früher eine(n) strahlengefährdete(n) Beruf bzw. Tätigkeit ausgeübt?

ja, welche(n) \_\_\_\_\_  
wann \_\_\_\_\_  
 nein

4. Welches sind jetzt Ihre beruflichen Funktionen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. In welchem Bereich eines Reaktors arbeiten Sie?

im Kontrollbereich  
 ja  
 nein

im Überwachungsbereich  
 ja  
 nein

6. In welchem Umfang haben Sie mit Röntgen- und/oder anderen Strahlen zu tun?

\_\_\_\_\_

7. Welcher Art sind die radioaktiven Strahlen, mit denen Sie arbeiten?

\_\_\_\_\_

8. Arbeiten Sie hinter Strahlenschutz?

ja

\_\_\_\_\_  
Art des Strahlenschutzes

nein

**FRAGEBOGEN radioaktive Stoffe, Röntgen- und andere Strahlen**

**Versicherung Nr.** \_\_\_\_\_

**Versicherte Person** \_\_\_\_\_

**9. Tragen Sie ein Strahlenmessgerät?**

ja

\_\_\_\_\_  
Art des Messgerätes

nein

**10. Üben Sie andauernd strahlengefährdete Funktionen aus?**

ja

\_\_\_\_\_  
wie oft pro Woche

\_\_\_\_\_  
wie lange jeweils

nein

**11. Haben Sie schon einmal die Toleranzdosis überschritten?**

ja

\_\_\_\_\_  
wann

nein

**12. Waren Sie schon in ärztlicher Behandlung wegen Strahlungsschäden oder Verletzungen, die durch Ihre Arbeit mit radioaktiven Stoffen entstanden sind?**

ja

\_\_\_\_\_  
Zeitpunkt der Behandlung

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Arztes

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

nein

**Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhaft Verletzung dieser Pflichten kann für den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, z. B. den Verlust des Versicherungsschutzes oder die Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).**

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte Person

Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter