

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

RLNR.: \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie jede Frage einzeln. Striche können als Antwort nicht akzeptiert werden.

Bitte beachten: Der Versicherungsschutz ist gefährdet, wenn unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht werden.

## Ergänzende Erklärung der zu versichernden Person zur beruflichen Tätigkeit

### berufliche Tätigkeit

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus (bitte genaue Bezeichnung)?

\_\_\_\_\_

In welcher Firma / Branche sind Sie tätig? \_\_\_\_\_

Welchen Schwerpunkt hat Ihre Tätigkeit? \_\_\_\_\_

Müssen Sie für Ihre Berufsausübung spezielle Tauglichkeitsanforderungen erfüllen?  ja  nein

Falls ja: Welche? \_\_\_\_\_

Unterliegt Ihre Tätigkeit einer Altersbegrenzung?  ja  nein

Falls ja: begrenzt auf Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

Wie setzt sich Ihre Tätigkeit zusammen?

Bürotätigkeit \_\_\_\_\_ %  verwaltende Tätigkeit \_\_\_\_\_ %

körperliche Tätigkeit \_\_\_\_\_ %  künstlerische Tätigkeit \_\_\_\_\_ %

Labortätigkeit \_\_\_\_\_ %  Reisetätigkeit \_\_\_\_\_ %

aufsichtsführende / geschäftsführende Tätigkeit

Wie viele Personen beaufsichtigen Sie? \_\_\_\_\_ Personen

sonstige Tätigkeit – Welche? \_\_\_\_\_ %

Sind Sie besonderen beruflichen Gefahren ausgesetzt?  ja  nein

- Falls ja: Welchen?  Umgang mit explosiven Stoffen / Sprengstoff  Umgang mit radioaktiven Stoffen  
 Arbeit in Höhen über 4 Meter  Umgang mit leichtentzündlichen Stoffen  
 Arbeiten auf Dächern und Gerüsten  Arbeiten gesundheitsschädlichen Stoffen  
 Sonstige Gefahren – Welche? \_\_\_\_\_

Bitte präzisieren Sie die genannten beruflichen Gefahren: (Häufigkeit, Kontakt, Art)

\_\_\_\_\_

*bei Umgang mit radioaktiven/strahlenden Stoffen oder strahlenerzeugenden Geräten:*

Welcher Art sind die radioaktiven Stoffe, mit denen Sie umgehen?

\_\_\_\_\_

In welchem Umfang haben Sie mit Röntgen- und anderen Strahlen zu tun?

Haben Sie bereits früher eine strahlengefährdete Tätigkeit ausgeführt?  ja  nein

Falls ja: Welche? \_\_\_\_\_

Arbeiten Sie gemäß Strahlenschutzverordnung in einem Sperr- bzw. Kontrollbereich?  ja  nein

in einem Überwachungsbereich?  ja  nein

Tragen Sie ein Strahlennmessgerät bei Kontakt mit radioaktiven Stoffen?  ja  nein

Falls ja: Welche Art? \_\_\_\_\_

Arbeiten Sie hinter Strahlenschutz?  ja  nein

Falls ja: Welche Art? \_\_\_\_\_

Haben Sie jemals die Toleranzdosis überschritten?  ja  nein

Falls ja: Bitte legen Sie eine Kopie der entsprechenden Dosisbescheinigung vor.

Wie hoch ist Ihre durchschnittlich Strahlenbelastung am Arbeitsplatz? \_\_\_\_\_ mSv / Jahr

Wie oft üben Sie die strahlengefährdete Funktion aus?  ständig  zeitweise

Wie lange üben Sie die strahlengefährdete Funktion aus?

täglich \_\_\_\_\_ Stunden wöchentlich \_\_\_\_\_ Stunden monatlich \_\_\_\_\_ Tage

Waren Sie schon wegen Strahlenschäden oder sonstiger Verletzungen, die durch die Arbeit mit

radioaktiven Stoffen entstanden sind, in ärztlicher Behandlung?  ja  nein

Falls ja: Bitte geben Sie Details (z. B. Zeitpunkt, behandelnder Arzt) unter „zusätzliche Bemerkungen“ an.

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

RLNR.: \_\_\_\_\_

**Seite 2 der ergänzenden Erklärung zur beruflichen Tätigkeit**

**Ist Ihre Berufstätigkeit mit Auslandsaufenthalten verbunden?**  ja  nein

Falls ja: Bitte machen Sie Angaben zu Land, Ort, Dauer, Häufigkeit, Art und Unterbringung.

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

**Streben Sie aus medizinischen Gründen einen Arbeitsplatzwechsel an, ist dieser ärztlich angeraten oder ist ein Wechsel bereits erfolgt?**  ja  nein

Falls ja: Wann und weshalb? \_\_\_\_\_

**Ausbildung und berufliche Stellung**

**Welches ist Ihr höchster Abschluss?**  kein Abschluss

Schulabschluss

abgeschlossene Berufsausbildung Welche? \_\_\_\_\_

staatlich anerkannte berufliche Weiterbildung (z. B. Meister, Techniker, Fachwirt)  
Welche? \_\_\_\_\_

Hochschulabschluss (Universität, Hochschule, duales Studium)

Haben Sie Ihre akademische Ausbildung in den letzten 24 Monaten abgeschlossen?  ja  nein

Befinden Sie sich in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis (auch Probezeit)?  ja  nein

Sind Sie zur Zeit Doktorand, Promotions- oder Doktoratsstudent?  ja  nein

bei (abgeschlossenem) Studium: Studienfach: \_\_\_\_\_

**Zu welcher Gruppe gehören Sie?**

Angestellte/Arbeiter

Arbeitnehmer / Angestellte des Öffentlichen Dienstes

Beamte

Selbstständige

Gesellschafter-Geschäftsführer (GGF)

Freiberufler

Vorstände (Kapitalgesellschaft)  Leitende Angestellte gemäß BetrVG (Prokura)

Studenten

sonstige: \_\_\_\_\_

bei Selbstständigen/Freiberuflern:

Seit wann sind Sie ununterbrochen selbstständig? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MM/JJJJ

Entspricht Ihre Berufsausbildung Ihrer derzeitigen Tätigkeit?  ja  nein

**Welchen Beschäftigungsstatus besitzen Sie?**

vollzeit  teilzeit mit \_\_\_\_ Std. pro Woche  geringfügig  Saisonarbeiter

**Sind Sie Berufsanfänger?**  ja  nein

(Gemeint sind Personen, die in den letzten 3 Jahren nicht mind. 24 Monate in ihrem aktuell ausgeübten Beruf tätig waren.)

**zusätzliche Bemerkungen**

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

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Ort/Datum

Unterschrift des gesetzl. Vertreters, falls die zu versichernde Person minderjährig

Unterschrift der zu versichernden Person

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