

Beratung durch:

Hopfauer Versicherungsmakler GmbH & Co. KG
Luitpoldstraße 45 • 97421 Schweinfurt
Tel.: 09721 / 89044 • Fax: 09721 / 81603
info@hopfauer.de
http://www.hopfauer.de

Versicherungsnehmer:

Herr
Max Mustermann

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011

Persönlicher Ansprechpartner:

Herr Marco Hopfauer
Fax: 09721 / 4764862
marco@hopfauer.de

Zu versichernde Person	
Vorname, Nachname	Max Mustermann
Geburtsdatum	
Angaben zum Beruf	
Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus?	
Seit wann haben Sie in Ihrem jetzigen Beruf Umgang mit radioaktiven Stoffen (z.B. Kernbrennstoffen, Isotopen) oder strahlenerzeugenden Geräten?	
Arbeiten Sie in einem Sperr- bzw. Kontrollbereich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Arbeiten Sie in einem Überwachungsbereich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Welcher Art sind die radioaktiven Stoffe, mit denen Sie umgehen?	
In welchem Umfang haben Sie mit Röntgen- und anderen Strahlen zu tun?	
Wie oft üben Sie die strahlengefährdeten Funktionen pro Woche aus?	
Wie lange üben Sie die strahlengefährdeten Funktionen jeweils aus?	
Arbeiten Sie hinter Strahlenschutz?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welcher Art?

Tragen Sie ein Strahlenmessgerät?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welcher Art? <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	für Herrn Max Mustermann am 27.09.2011
Allgemein		
Haben Sie bereits früher eine strahlengefährdete Tätigkeit ausgeübt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und welche? <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
Haben Sie jemals die Toleranzdosis überschritten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte Kopie der entsprechenden Dosisbescheinigung beilegen <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
Waren Sie schon wegen Strahlungsschäden oder Verletzungen, die durch die Arbeit mit radioaktiven Stoffen entstanden, in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte Namen und Anschrift des behandelnden Arztes angeben <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
Unterschrift	<div style="border-top: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> Ort, Datum, Unterschrift	
Rev002 vom 21.10.2009		