

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

HENGSTENBERG & PARTNER GmbH
 Versicherungsmakler
 Sendlinger-Tor-Platz 11 • 80336 München
 Tel.: 089 - 54838-0
 Fax: 089 - 54838-199
 willkommen@hbup.de
 http://www.hbup.de

Persönlicher Ansprechpartner:

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

2.9. Arbeiten Sie hinter Strahlenschutz?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welcher Art? <input type="text"/>
2.10. Tragen Sie ein Strahlungsmessgerät?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welcher Art? <input type="text"/>
3. Allgemein	
3.1. Haben Sie bereits früher eine strahlengefährdete Tätigkeit ausgeübt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und welche? <input type="text"/>
3.2. Haben Sie jemals die Toleranzdosis überschritten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte Kopie der entsprechenden Dosisbescheinigung beilegen <input type="text"/>
3.3. 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 <input type="text"/>
4. Sonstige Hinweise und Erläuterungen <input type="text"/>	
Einverständniserklärung zur Datenweitergabe	Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden. _____ Datum, Unterschrift
Interne Notizen	



Mitarbeiter:
Datum :
Uhrzeit: Von bis

- telefonische Erfassung schriftliche Kundenangaben
- persönliche Besprechung
- im Maklerbüro beim Kunden
-