

- Allianz Lebensversicherungs-AG  
 Deutsche Lebensversicherungs-AG

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	
<b>Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus (bitte genaue Bezeichnung)?</b>	
_____	
<b>In welcher Branche sind Sie tätig?</b>	
_____	
<b>Welchen Schwerpunkt hat Ihre Tätigkeit?</b>	
_____	
<b>Müssen Sie für Ihre Berufsausübung spezielle Tauglichkeitsanforderungen erfüllen?</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>	
Falls ja: Welche? _____	
<b>Unterliegt Ihre Tätigkeit einer Altersbegrenzung?</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>	
Falls ja: begrenzt auf Alter: _____ Jahre	
<b>Wie setzt sich Ihre Tätigkeit zusammen?</b>	
<input type="checkbox"/> Bürotätigkeit _____ %	<input type="checkbox"/> verwaltende Tätigkeit _____ %
<input type="checkbox"/> körperliche Tätigkeit _____ %	<input type="checkbox"/> künstlerische Tätigkeit _____ %
<input type="checkbox"/> Labortätigkeit _____ %	<input type="checkbox"/> Reisetätigkeit _____ %
<input type="checkbox"/> aufsichtsführende / geschäftsführende Tätigkeit	
Wie viele Personen beaufsichtigen Sie? _____ Personen	
<input type="checkbox"/> sonstige Tätigkeit – Welche? _____ %	
_____ %	
<b>Sind Sie besonderen beruflichen Gefahren ausgesetzt?</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>	
Falls ja: Welchen? <input type="checkbox"/> Umgang mit explosiven Stoffen / Sprengstoff <input type="checkbox"/> Umgang mit radioaktiven Stoffen	
<input type="checkbox"/> Sonstige Gefahren – Welche? _____	
Bitte präzisieren Sie die genannten beruflichen Gefahren: (Häufigkeit, Kontakt, Art)	
_____	
_____	
<i>bei Umgang mit radioaktiven/strahlenden Stoffen oder strahlenerzeugenden Geräten:</i>	
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? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>	
Falls ja: Welche? _____	
Arbeiten Sie gemäß Strahlenschutzverordnung in einem Sperr- bzw. Kontrollbereich? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>	
in einem Überwachungsbereich? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>	
Tragen Sie ein Strahlenmessgerät bei Kontakt mit radioaktiven Stoffen? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>	
Falls ja: Welche Art? _____	
Arbeiten Sie hinter Strahlenschutz? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>	
Falls ja: Welche Art? _____	
Haben Sie jemals die Toleranzdosis überschritten? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>	
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? <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> 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? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>	
Falls ja: Bitte geben Sie Details (z. B. Zeitpunkt, behandelnder Arzt) unter „zusätzliche Bemerkungen“ an.	

PESVA01715

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)

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**

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

**Telefonnummer und E-Mail-Adresse für Rückfragen**

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

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

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

PESVA01715