

Sprengrisiko - B 10

Versicherungsscheinnr: /

Versicherte Person:

Geburtsdatum:

Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

1. Welchen beruflichen Status haben Sie?

- Angestellt
- Selbständig seit: _____ (Monat/Jahr) Anzahl der festen Mitarbeiter: _____
- Sonstiger Status - Bitte nähere Angaben: _____

2. Welche Tätigkeit üben Sie bei Ihrer Berufsausübung im Einzelnen aus?
(mit Angabe der %-Verteilung)

Tätigkeit _____ %

_____ %

_____ %

3. Wann wurde Ihnen die Sprengberechtigung erstmals erteilt? Jahr _____

4. Enthält die Sprengberechtigung

- Befristung? nein ja - bitte genaue Angaben _____
- Beschränkungen? nein ja - bitte genaue Angaben _____
- Auflagen? nein ja - bitte genaue Angaben _____

5. Sind Sie tätig bei

- Sprengungen über Tage? nein ja - Anzahl pro Jahr: _____
- Sprengungen unter Tage? nein ja - Anzahl pro Jahr: _____
- Unterwassersprengungen? nein ja - Anzahl pro Jahr: _____
- Bombenentschärfung? nein ja - Anzahl pro Jahr: _____
- Kampfmittelräumdienst? nein ja - Anzahl pro Jahr: _____
- Sonstigen Sprengungen? nein ja - Anzahl pro Jahr: _____

6. Haben im Rahmen Ihrer Tätigkeit als Sprengberechtigter Auslandsaufenthalte stattgefunden oder sind solche geplant?

- nein ja - Wann, wo, wie lange? _____

7. Hatten Sie jemals einen Unfall im Rahmen Ihrer Tätigkeit als Sprengberechtigter?

- nein ja - bitte genaue Angaben _____
- _____

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Unterschrift des Antragstellers

B 10