

Fragebogen BUNDESHEER

Angaben zur versicherten Person

Zu versichernde Person

Versicherungsantrag Nr.

Belehrung über Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht

Bitte beachten Sie diesen Hinweis vor Beantwortung der nachfolgenden Fragen:

Sie sind gesetzlich verpflichtet, uns vor Vertragsschluss alle Ihnen bekannten Umstände zu jeder der nachfolgend gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Falls Sie oder eine andere versicherte Person die gestellten Fragen nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz, denn dies kann dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz durch Rücktritt oder Anfechtung rückwirkend verlieren.

Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in § 16 ff. VersVG.

Zu meinem Antrag gebe ich folgende ergänzende Erklärung ab:

1. Angaben zum Schwerpunkt der Tätigkeit (Mehrfachnennung möglich – dann bitte auch prozentuale Verteilung angeben!)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> handwerkliche Tätigkeit | <input type="checkbox"/> Büro-/Verwaltungstätigkeiten |
| <input type="checkbox"/> reine Bodentätigkeit | <input type="checkbox"/> Fahrtätigkeit (z.B. Fahrlehrer, Kraftfahrer) |
| <input type="checkbox"/> fliegerische Tätigkeit als Pilot eines ... | <input type="checkbox"/> mitfliegend als Besatzungsmitglied eines ... |

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fallschirmsprung | <input type="checkbox"/> nur gelegentlich mitfliegend (z.B. Transport) |
| <input type="checkbox"/> Unterwasser-, Tauchtätigkeit | <input type="checkbox"/> Sonstige Tätigkeit, bitte genaue Angabe |

2. Angaben zu Verwendungsfähigkeiten bzw. Tauglichkeiten:

- | | | | | |
|---|---|----------------------|-----|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Wehrpflicht im Grundwehrdienst | seit | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> |
| | | Monat | | Jahr |
| <input type="checkbox"/> freiwillig verlängerter Wehrdienst | <input type="checkbox"/> Nein | | | |
| | <input type="checkbox"/> Ja, verlängert um: <input type="text"/> Monate | | | |

- | | | | | |
|-------------------------------------|------|----------------------|-----|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Zeitsoldat | seit | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> |
| | | Monat | | Jahr |

- | | | | | |
|---------------------------------------|------|----------------------|-----|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Berufssoldat | seit | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> |
| | | Monat | | Jahr |

Endalter für die Dienstausbildung: Lebensjahr

Bisher

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ohne Auslandseinsatz | <input type="checkbox"/> Mit Auslandseinsatz |
|---|--|

Falls mit Auslandseinsatz - in welchem Land und in welchem Zeitraum?

- | | | | | |
|----------------------|-----|----------------------|-----|----------------------|
| <input type="text"/> | von | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> |
| | | Monat | | Jahr |
| <input type="text"/> | von | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> |
| | | Monat | | Jahr |
| <input type="text"/> | von | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> |
| | | Monat | | Jahr |

3. Angaben über die Teilstreitkraft in der Sie Ihren Dienst ausüben bzw. zum jeweiligen Verband:

Heer

- Kampfunterstützung
- bewegliche Operationen, Heeresflieger
- Panzer- und Panzergrenadiertruppe
- Sonstiger Verband:
- Gebirgsjäger
- Pioniere
- ABC-Abwehr
- Heeresbergführer

-
- Spezielle Operationen (DSO)
- Luftlandetruppen
 - KSK (Kommando Spezialkräfte)
 - Kommandokompanie/Fernspähkompanie
 - Kommandostab/Stabs- und Fernmeldekompanie
- Verwendung als:

-
- Unterstützungskompanie
- Verwendung als:

Luftwaffe

- Aufklärung
- Jagdbomber, Jagd
- Flugabwehrraketen
- Sonstiger Verband:
- Radarführung
- Flugbereitschaft BMVg

Streitkräftebasis

- Pioniere
- Militärmusik
- Logistikkommando
- Sonstiger Verband:

Zentraler Sanitätsdienst

- Evakuierung
- Sonstiger Verband:

Ihr derzeitiger Verband gehört zu den...

- Reaktionskräften (RK)
- High Readiness Forces (HRF)
- Eingreifkräften
- Verstärkungskräften (VK)
- Unterstützungskräften
- Stabilisierungskräften

4. Angaben über Ausbildung einer Spezialverwendung:

- Kampfmittelabwehr (z.B. EOR, EOD, IED) Sonstige:

- Welche dieser Spezialverwendungen üben Sie aus?

5. Angaben über sonstige einsatzbezogene Gefährdungen:

- Nein Ja, welche?

6. Angaben zu Auslandseinsätzen:

Werden Sie in Zukunft mit der Bundeswehr an Auslandseinsätzen im Rahmen mandatierter Missionen der UNO, Einsätzen im Rahmen von Bündnisverpflichtungen oder Einsätzen unter Führung überstaatlicher Institutionen wie der NATO oder der EU oder an Auslandseinsätzen unter nationaler Führung mit vergleichbarem oder höherem Gefährdungspotential (z.B. Geiselnbefreiung) teilnehmen?

- Nein, definitiv ausgeschlossen Nicht auszuschließen
 Ja, geplant:

Missionsname: _____

Land/Einsatzgebiet: _____

Zeitraum: von

Monat		Jahr	

 bis

Monat		Jahr	

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben?
(Bitte immer beantworten)

- Zusätzliche Angaben sind beigelegt. Alles vollständig - es folgen keine weiteren Angaben. Es folgen noch Angaben. Anzahl Extrablätter: ____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass der Versicherer bei unvollständiger oder falscher Beantwortung der Fragen vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder den Vertrag rückwirkend anpassen und im Schadenfall eine eventuelle Versicherungsleistung kürzen oder verweigern kann. Ungeachtet dessen kann der Versicherer den Vertrag bei arglistiger Täuschung anfechten und eine eventuelle Versicherungsleistung verweigern.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der zu versichernden Person (falls nicht Versicherungsnehmer)

Unterschrift(en) ges. Vertreter (bei Minderjährigen)