

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Antragsnummer: _____

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen bezüglich gefahrerheblicher Umstände. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. In einigen Fragebereichen bieten wir zu Ihrer Erleichterung auch Antwortbeispiele für wichtige Angaben an. Diese sind nicht abschließend und ihre Reihenfolge beinhaltet keine Wertung. Angaben, die Sie nicht dem Versicherungsvermittler gegenüber machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar an die Dialog Lebensversicherungs-AG schriftlich nachzuholen. Bitte denken Sie daran: möglichst genaue und vollständige Antworten ersparen ggf. weitere Rückfragen und können somit zu einer schnelleren Annahmeentscheidung führen.

Sie sind verpflichtet, sämtliche in dieser Zusatzklärung gestellten Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer je nach Verschulden berechtigen, den Vertrag anzufechten, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder – auch rückwirkend – anzupassen. Dies kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen. Wenn Sie ein Antragsformular für Deutschland verwenden, beachten Sie dazu bitte auch die gesonderte Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht auf Seite 4 dieses Antrages.

- Sie sind in** **Deutschland** **Österreich**
- Wehrpflichtige(r) (**nur Österreich**) bis _____ (Datum) Zeitsoldat(in) bis _____ (Datum)
- freiwillig Wehrdienstleistende(r) bis _____ (Datum) Berufssoldat(in) bis _____ (Datum)
- Wehrdienstverlängerung geplant bis _____ (Datum)
- Berufsförderungsdiens von _____ bis _____ (Datum) ▶ danach Weiterverpflichtung
- Sonstiges _____ bis _____ (Datum)

Nennen Sie bitte Ihren Dienstgrad, Beamtenstatus, sowie Ihre Funktionsbezeichnung:

In welchem Truppenteil bzw. Verwendungsbereich werden Sie eingesetzt?

- Heer Luftwaffe ▶ fliegerische Tätigkeit / Fallschirmspringen? nein ja
- Marine
- GSG 9 / Cobra Sondereinsatzkommando (SEK / MEK / WEGA)
- Personenschutz Polizei / Bundespolizei mit fliegerischer Tätigkeit
- Staatsschutz Kriminalitäts- und Terrorismusbekämpfung
- Sonstige Verwendungsbereiche / Einsatzgebiete _____

Wie hoch ist der jeweilige prozentuale Anteil Ihrer Tätigkeit?

Körperliche Tätigkeiten _____ % Verwaltungstätigkeiten _____ %

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung Ihrer Tätigkeit / Funktion ab (z. B. fliegerischer Einsatz, Umgang mit Waffen, Munition und Sprengstoff; Spezialverwendung als Kampfschwimmer, Minentaucher, Kampfmittelbeseitiger o.ä.; Angehörige(r) von Sondereinheiten; Spezialausbildung; grenzpolizeilicher Schutz; Unterstützung des BKA):

Unterliegt Ihre Dienstaussübung einer Altersbegrenzung? nein ja bis _____ Lebensjahr

Werden Sie voraussichtlich im Ausland eingesetzt oder beabsichtigen Sie, sich für Auslandseinsätze zu bewerben, bzw. haben Sie bereits an Auslandseinsätzen teilgenommen?

nein (definitiv ausgeschlossen, weil) _____

ja (Ort des Einsatzes / Einsatzland? Missionsname? Einsatzdauer von / bis?) _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Antragsnummer: _____

Sind Sie im Rahmen Ihrer Verwendung verletzt worden (z.B. Wehrdienstbeschädigung) oder bestehen gesundheitliche Folgen?

nein ja (Art der Verletzung, Zeitpunkt, Behandlung, Dauer, behandelnder Arzt)

Welches Sanitätszentrum / welcher Arzt kann uns am besten Auskünfte zu Ihrer Gesundheit geben?

► Bitte beachten Sie, dass folgende Klausel Vertragsbestandteil wird: ◄

Für Deutschland:

Es ist vereinbart, dass für Auslandsaufenthalte außerhalb der Europäischen Union, USA und Kanada im Rahmen der Tätigkeit für die Bundeswehr/Polizei kein Versicherungsschutz besteht.

Für Österreich:

Es ist vereinbart, dass für Auslandsaufenthalte außerhalb der Europäischen Union, USA und Kanada im Rahmen der Tätigkeit für das österreichische Bundesheer/Polizei kein Versicherungsschutz besteht.

Ort, Datum

X

Unterschrift der versicherten Person

Ort, Datum

X

Unterschrift des Versicherungsnehmers
(falls nicht versicherte Person)