

Fragebogen Polizei des Bundes oder der Länder

Versicherungs-Nr.: _____ Zu versichernde Person: _____	Bitte zurücksenden an: Hannoversche Lebensversicherung AG 30177 Hannover
BAS 8166	
1. Amtsbezeichnung: _____ Derzeitiger Beamtenstatus: <input type="checkbox"/> Beamter auf Widerruf <input type="checkbox"/> Beamter auf Probe <input type="checkbox"/> Beamter auf Lebenszeit	
2. Bitte machen Sie genaue Angaben zu Ihrer Verwendung: POLIZEI – Bundesland: <input type="checkbox"/> reiner Verwaltungsdienst <input type="checkbox"/> Außendienst <input type="checkbox"/> Hubschrauberstaffel <input type="checkbox"/> Hubschrauberpilot <input type="checkbox"/> Flugtechniker/Bordwart <input type="checkbox"/> Hundeführer/Reiterstaffel <input type="checkbox"/> Wasserschutzpolizei <input type="checkbox"/> Polizeitaucher <input type="checkbox"/> Mitglied in SEK, MEK <input type="checkbox"/> Sonstige – Welche? _____	BUNDESPOLIZEI: <input type="checkbox"/> reiner Verwaltungsdienst <input type="checkbox"/> Grenzschutz <input type="checkbox"/> zu Lande <input type="checkbox"/> zu Wasser (BPOLAMTSEE) <input type="checkbox"/> aus der Luft (BPOLFLS, BPOLFLG) <input type="checkbox"/> Hubschrauberpilot <input type="checkbox"/> Flugtechniker/Bordwart <input type="checkbox"/> Auslandseinsatzhundertschaft St. Augustin <input type="checkbox"/> GSG9 der Bundespolizei (BPOLGSG9) <input type="checkbox"/> ohne Sonderverwendung <input type="checkbox"/> mit Sonderverwendung: _____ <input type="checkbox"/> Sonstige – Welche? _____
3. Bitte geben Sie nähere Details Ihrer derzeitigen Verwendung an (auch z. B. ABC- oder Waffenwesen, Personenschutz): _____ Ist in absehbarer Zeit eine Änderung Ihrer derzeitigen Verwendung geplant? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Bitte nähere Angaben: _____	
4. Bestehen bei Ihnen derzeit oder bestanden innerhalb der letzten 5 Jahre körperliche oder seelische Beschwerden oder Störungen, die Ihre Polizeidienstfähigkeit beeinträchtigten (auch kurzzeitig)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Zeitpunkt/- raum (von – bis): _____ (Monat/Jahr) Art/Ursache der Beeinträchtigung: _____ Behandler (Name, Anschrift): _____ Folgen: _____	
5. Bisher <input type="checkbox"/> ohne Auslandseinsatz <input type="checkbox"/> mit Auslandseinsatz in _____ von – bis _____ (Monat/Jahr)	
6. Werden Sie in Zukunft als Angehöriger der Polizei des Bundes oder der Länder an polizeilichen oder anderen nichtmilitärischen Aufgaben im Rahmen von internationalen Maßnahmen im Ausland (z.B. auf Ersuchen und unter Verantwortung der Vereinten Nationen, einer regionalen Abmachung der Vereinten Nationen, der Europäischen Union oder bei Einsätzen im Rahmen der Europäischen Grenzpolizei oder bei der Ausbildungs-/ Ausstattungshilfe) oder an Auslandseinsätzen unter nationaler Führung mit vergleichbarem oder höherem Gefährdungspotential (z. B. Geiselnbefreiung) teilnehmen? <input type="checkbox"/> Nein, definitiv ausgeschlossen <input type="checkbox"/> Nicht auszuschließen <input type="checkbox"/> Ja, geplant von – bis _____ (Monat/Jahr) Land/Einsatzgebiet: _____ Missionsname/Einsatzzweck: _____	

Die gesetzliche Verpflichtung, alle bekannten gefahrerheblichen Umstände wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, gilt auch für die hier gestellten Fragen. Hinsichtlich der möglichen Konsequenzen einer Verletzung der Anzeigepflichten verweisen wir auf unsere zusammen mit den Versicherungsbedingungen übersandte Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht. Alle Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter www.hannoversche.de/datenschutz.

Ort - Datum	Unterschrift der zu versichernden Person
-------------	--

Z 57 - 08.2023 - DVL 070