

**A N T R A G**

auf Gewährung von **Leistungen** nach dem Heeres-  
entschädigungsgesetz (HEG)

Zutreffendes ankreuzen

Familienname	Vorname	VSNR (Geburtsdatum)
Ordentlicher Wohnsitz		Telefon-Nr.
Familienstand ledig    verh.    gesch.    verwitwet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Anzahl der Kinder	
Wehrdienst <input type="checkbox"/> <span style="float:right">Ausbildungsdienst <input type="checkbox"/></span>  seit <input type="text"/> bis voraussichtlich <input type="text"/>  vom <input type="text"/> bis <input type="text"/>  Truppenkörper/Einheit (Garnisonsort) <input type="text"/>		
Art des Wehrdienstes:  Grundwehrdienst <input type="checkbox"/> Milizübung <input type="checkbox"/> Freiwillige Waffenübung <input type="checkbox"/> Funktionsdienst <input type="checkbox"/> Zeitsoldat <input type="checkbox"/> Auslandseinsatz <input type="checkbox"/> andere Wehrdienstleistung <input type="checkbox"/>		

Welche **Gesundheitsschädigung(en)** machen Sie geltend?

Auf welches **schädigende Ereignis** oder auf welche **Umstände** führen Sie die oben angeführte(n) Gesundheitsschädigung(en) zurück?  
(Genaue Schilderung - eventuelle Zeugen anführen, wenn möglich mit Name und Anschrift)

**Datum und Uhrzeit** der Verletzung oder Erkrankung

**Ort** der Verletzung oder Erkrankung

Wo befanden bzw. befinden Sie sich wegen der erlittenen Gesundheitsschädigung(en) in **ärztlicher Behandlung (Krankenhäuser, Ärzte)**?

**Sollte sich der Unfall auf einem Weg vom oder zum Dienst ereignet haben:**

<b>WEGUNFALL im Zusammenhang mit</b>	einem Ausgang	<input type="checkbox"/>
	einer Dienstfreistellung	<input type="checkbox"/>
	der Stellung	<input type="checkbox"/>
<b>A)</b>	WANN haben Sie die <b>Kaserne (militärische Dienststelle) verlassen</b> (Tag, Uhrzeit) WOHIN wollten Sie sich begeben?	
<b>B)</b>	WANN und von WO haben Sie den <b>Weg in die Kaserne (militärische Dienststelle)</b> angetreten? (Name und Anschrift allfälliger Zeugen angeben)	
<b>A+B)</b>	Haben Sie einen dieser <b>Wege unterbrochen?</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Wenn ja, zu welchem Zweck und wie lange?	
<b>A+B)</b>	Von welcher Polizeidienststelle wurde der <b>Unfall aufgenommen?</b>	

**A+B)** Schilderung des **Unfallherganges** und Angaben über die **Ursachen** des Unfalles:

**A+B)** Angaben zur Person des **Schädigers**  
(Vor- und Zuname, Anschrift, Haftpflichtversicherungsträger, Polizzenummer)

Ich bestätige, dass ich die obigen Fragen vollständig und der Wahrheit entsprechend beantwortet habe.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers oder  
seines gesetzlichen Vertreters

Anträge von minderjährigen Personen, auch wenn sie schon Präsenzdienst geleistet haben, sind vom gesetzlichen Vertreter zu unterschreiben.