

Kampfsport

Antragsteller: Vorname, Name

Geburtsdatum

Antrag vom

Versicherte Person: Vorname, Name

Geburtsdatum

Versicherungs-/Antrags-Nummer

1. Welche Kampfsportart(en) üben Sie aus?

2. Wie häufig üben Sie diese Kampfsportart(en) aus?

- 1 - 3 mal in der Woche
- 4 mal oder häufiger in der Woche

3. Welchen Sportlerstatus nehmen Sie ein?

- Freizeitsportler / Selbstverteidigung / Amateur
- hauptberuflicher Trainer oder Ausbilder
- Berufssportler

4. Nehmen Sie aktiv an Wettkämpfen, Turnieren, Veranstaltungen oder Meisterschaften teil?

- nein ja

5. In welcher der folgenden Formen üben Sie bei Wettkämpfen die Kampfsportart aus?

- Non Kontakt Semikontakt
- Leichtkontakt Vollkontakt

6. Verwenden Sie bei der Ausübung des Kampfsportes die empfohlenen bzw. vorgeschriebenen Sicherheitsausrüstungen?

(z.B. Kopfschutz, Mundschutz, Tiefschutz, Schienbeinschutz, Handschutz, Fußschutz)

- nein ja

7. Wurden Sie in der bisherigen Ausübung des Kampfsportes verletzt oder haben einen Unfall erlitten?

- nein ja Bitte geben Sie detailliert Auskunft über die Art und den Zeitpunkt der Verletzung bzw. des Unfalls, sowie über eventuelle gesundheitliche Folgen.

Sind Folgen zurück geblieben, die eine Minderung Ihrer beruflichen Leistung bewirken?

- nein
- ja, Bitte machen Sie Angaben über den Grad Ihrer beruflichen Behinderung.

Erklärung

Die Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet worden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich meine Angaben zu allen vorgenannten Fragen nochmals selbst überprüft habe und sie so wiedergegeben sind, wie ich sie beantwortet habe. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

Ort, Datum

Unterschrift