

Motorradsport

Antragsteller: Vorname, Name

Geburtsdatum

Antrag vom

Versicherte Person: Vorname, Name

Geburtsdatum

Versicherungs-/Antrags-Nummer

1. Seit wann nehmen Sie aktiv an Rennen / Wettbewerben teil?

| |
|--|
| |
|--|

als Amateurfahrer als Berufsfahrer

2. Mit welchen Motorradtypen?

Marke

| |
|--|
| |
|--|

Anzahl Zylinder Hubraum KW / PS

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Zweirad Seitenwagen

3. Angaben zur Renntätigkeit

Rundstrecken

bisher total geplant pro Jahr

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Bezeichnung der Rennen und mögliche Titel

| |
|--|
| |
|--|

Motocross / Enduro

bisher total geplant pro Jahr

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Bezeichnung der Rennen und mögliche Titel

| |
|--|
| |
|--|

Bergrennen

bisher total geplant pro Jahr

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Bezeichnung der Rennen und mögliche Titel

| |
|--|
| |
|--|

Rallye in Europa

bisher total geplant pro Jahr

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Bezeichnung der Rennen und mögliche Titel

| |
|--|
| |
|--|

Rallye außerhalb Europas

bisher total geplant pro Jahr

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Bezeichnung der Rennen und mögliche Titel

| |
|--|
| |
|--|

Trial

bisher total geplant pro Jahr

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Bezeichnung der Rennen und mögliche Titel

| |
|--|
| |
|--|

Speedway

bisher total geplant pro Jahr

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Bezeichnung der Rennen und mögliche Titel

| |
|--|
| |
|--|

Sonstige

bisher total geplant pro Jahr

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Bezeichnung der Rennen und mögliche Titel

| |
|--|
| |
|--|

4. Welche Platzierungen haben Sie in den letzten 6 Rennen erreicht?

| |
|--|
| |
| |

5. Haben Sie bei der aktiven Rennteilnahme oder bei Trainingsfahrten Unfälle mit Verletzungen oder erheblichen Materialschaden erlitten?

nein ja

Bitte geben Sie detailliert Auskunft über die Art und den Zeitpunkt des Unfalls bzw. der Verletzung, sowie über eventuelle gesundheitliche Folgen und das Ausmaß des Materialschadens.

| |
|--|
| |
| |
| |

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

nein

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

| |
|--|
| |
| |
| |

6. Eventuelle weitere Angaben von Bedeutung für die Risikoprüfung?

| |
|--|
| |
| |

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