
Antragsteller

Name, Vorname _____

Versicherte Person (nur ausfüllen, falls abweichend vom Antragsteller)

Name, Vorname _____

Zum Antrag vom (Datum, MM/JJ) _____

Sind Sie: Amateursportler

Vertragsamateur – „normaler“ Beruf als: _____

Berufssportler

Welche Sportart(en) üben Sie aus?

In welchen Ländern/Gebieten betreiben Sie den Sport? (Wenn Sie Sport in außereuropäischen Ländern betreiben, bitte zusätzlich den Fragebogen Auslandsaufenthalt – Sport ausfüllen).

Welche besonderen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten benötigen Sie zur Ausübung dieses Sportes?

Benötigen Sie eine besondere Genehmigung zur Ausübung dieses Sportes? Nein Ja

Wenn **Ja**, welche?

Ausgestellt von wem? _____

Welchen Gefahren/Gefährdungen sind Sie bei der Sportausübung ausgesetzt?

Häufigkeit und jeweilige Dauer der Sportausübung? (Bitte genaue Angaben z. B. Stunden/Woche oder Flüge/Monat)

Häufigkeit und jeweilige Dauer des Trainingsaufwandes? (Bitte genaue Angaben z. B. Stunden/Woche oder Flüge/Monat)

Nehmen Sie an Wettkämpfen teil? Nein Ja

Wenn **Ja**, bitte nähere Angaben (Welche? Wo? Etc.)

Sind Sie Mitglied in einem Verband? Nein Ja

Wenn **Ja**, bitte nähere Angaben

Haben Sie bei der Sportausübung (auch Training oder Wettkampf) bereits Verletzungen oder Unfälle erlitten, die zu einer Arbeits- oder Berufsunfähigkeit geführt haben?

Nein Ja

Wenn **Ja**, bitte nähere Angaben

Art der Verletzung: _____

Zeitpunkt/Dauer der Verletzung: _____

Dauer der Arbeits- oder Berufsunfähigkeit: _____

Bestehen noch Folgen oder Beschwerden? _____

Name und Anschrift des Arztes: _____

ERGÄNZENDE ANGABEN/ERLÄUTERUNGEN

Ich erkläre, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen und Gewissen richtig beantwortet und keine wesentlichen Informationen verschwiegen habe, die die Beurteilung oder Annahme dieses Antrages beeinflussen können. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass dieses Formular Bestandteil meines Lebensversicherungsantrages ist und das Verschweigen wesentlicher Tatsachen den Vertrag ungültig machen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person