

# Fragebogen

## Motorsport (Beruf)

Einschliesslich Auto, Motorrad und Beifahrer

### Antragsteller

Name, Vorname

### Versicherte Person (nur ausfüllen, falls abweichend vom Antragsteller)

Name, Vorname

### 1) In welcher dieser Kategorien nehmen Sie teil?

- Amateur
- Wettkampforientierter Amateursportler
- Profi (Berufssport)

### 2) Automobil:

ja  nein

Bitte kreuzen Sie das entsprechende an:

- Einsitzer Formel
- Rallye A  / N  / Clubman (B)
- Tourenwagen A  / N  / Clubman (B)
- Drag racing: Top fuel / Jet cars / Andere (bitte beschreiben)
- Kart: Indoor / Langbahn / Kurzbahn
- Sonstige
- Hubraum (in Liter)?

### 3) Motorrad:

ja  nein  
(wenn JA, bitte Details angeben)

Bitte kreuzen Sie das entsprechende an:

- Veranstaltung: Rundstreckenrennen / Regional / National / International
- Drag racing: Competition / Pro-street / Street
- Weltmeisterschaft / Grand Prix / TT-Rennen
- Sonstige
- Hubraum (in ccm)?

4) Auf welchem Belag / Untergrund, z.B. Rennstrecken, Straße, Speedway, Gras, usw. fahren Sie?

5) Nehmen Sie an internationalen Rennen teil?

ja  nein

6) Seit wie vielen Jahren fahren Sie Rennen?

7) Bitte nennen Sie die Anzahl und Art der Rennen:

	Anzahl	Veranstaltung
Bisher, insgesamt	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Im letzten Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Im aktuellen Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geplant im nächsten Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8) Wenn Sie beabsichtigen die Klasse, die Art, den beruflichen Status, die Häufigkeit der Rennen in den nächsten 2 Jahren zu ändern, bitten wir um nähere Angaben:

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.

Ich bin damit einverstanden, dass dieses Formular Bestandteil meines Lebensversicherungsantrages und das Verschweigen wesentlicher Tatsachen den Vertrag ungültig machen kann.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift der zu versichernden Person