



Kampfsport - S 5

Versicherungsscheinnr: /
Versicherte Person:
Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:

HanseMerkur Lebensversicherung AG
Abt. B - Risikoprüfung
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg
AD-Nr.:

1. Welche Kampfsportart(en) üben Sie aus?

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

- 1-3 mal pro Woche
 4 mal oder häufiger pro Woche

3. Welchen Sportlerstatus nehmen Sie ein?

- Freizeitsport / Selbstverteidigung / Amateur
 Hauptberuflicher Trainer oder Ausbilder
 Berufssportler

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

- nein
 ja - Bitte nennen Sie Art der Wettbewerbe (falls bekannt Veranstalter) _____

Anzahl im letzten Jahr _____ Anzahl im vorletztem Jahr _____

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 / vorgeschriebenen Sicherheitsausrüstungen (z.B. Kopfschutz, Mundschutz, Tiefschutz, Schienbeinschutz, Handschutz, Fußschutz)?

- nein
 ja - Welche? _____

7. Wurden Sie in Ausübung des Kampfsports jemals verletzt oder erlitten Sie einen Unfall?

- nein
 ja - Bitte nähere Angaben: _____

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Unterschrift des Antragstellers

S 5