

## Tauchsport - S 9

Versicherungsscheinnr: /

Versicherte Person:

Geburtsdatum:

Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

1. Sind Sie im Besitz eines gültigen Tauchscheins?

nein  ja

2. Welches Ergebnis hatten die bei Ihnen bisher durchgeführten Tauchtauglichkeitsuntersuchungen?

Nicht tauglich  Keine Untersuchung bisher  
 Tauglich  Tauglich mit Einschränkungen

3. Welche Tauchart(en) betreiben Sie?

Schnorcheln  Apnoetauchen  
 Tauchen mit Presslufttauchgerät (Atemluft)  Rebreathertauchen  
 Mischgastauchen mit Nitrox  Mischgastauchen mit Trimix

Sonstiges - Bitte nähere Angaben: \_\_\_\_\_

4. Halten Sie sich zur Ausübung Ihres Tauchhobbys länger als 6 Wochen zusammenhängend im außereuropäischen Ausland auf?

nein  ja - In welchem Land / Ländern? \_\_\_\_\_

5. Welche maximale Tauchtiefe haben Sie bisher erreicht? \_\_\_\_\_ Meter

6. Welchen besonderen tauchsportlichen Aktivitäten gehen Sie im einzelnen nach?

Streckentauchen  Wracktauchen  Eistauchen  
 Strömungstauchen im Meer  Strömungstauchen im Fluss  Nachtauchen  
 Unterirdisches/Höhlentauchen  Apnoewettkämpfe / Rekordtauchgänge  
 Keine besonderen tauchsportlichen Aktivitäten  
 Sonstiges - Bitte nähere Angaben: \_\_\_\_\_

7. Tauchen Sie  allein?  paarweise/in Gruppen?

8. Seit wann tauchen Sie? \_\_\_\_\_ Jahre

9. Wie oft sind Sie in den letzten 3 Jahren getaucht? Bitte geben Sie die Anzahl der Tauchgänge an:

Jahr \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

10. Haben Sie an Zusatzkursen / Weiterbildungen teilgenommen?

nein  ja - An welchen? \_\_\_\_\_

11. Haben Sie jemals eine Krankheit, Verletzung oder einen Unfall beim Tauchen erlitten?

nein  ja - Bitte nähere Angaben: \_\_\_\_\_

12. Sind Sie als Tauchlehrer tätig?

- nein
- Ehrenamtlich im Verein
- Nebenberuflich
- Beruflich

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 9