

Wassersport - S 10

Versicherungsscheinnr: /

Versicherte Person:

Geburtsdatum:

Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

1. Seit wann üben Sie diese Sportart aus? _____ (Monat/Jahr)

2. Welche der folgenden Wassersporttätigkeiten üben Sie aus?

Hovercraft/Hydrogleiter

Jetski

Kanadier

Motorboot/Powerboat

Rafting

Hydrospeed

Kajak/Fun Yak

Kanu

Motorbootsegeln

Regattasegeln

Sonstige - Welche? _____

3. Bis zu welchem Schwierigkeitsgrad befahren Sie Gewässer? _____ (Grad)

4. In welchem Umfang üben Sie die Sporttätigkeit aus?

Freizeitsport (Amateur)

Berufssportler (Profi)

Nebentätigkeit (Semiprofi)

Trainer/Ausbilder/Instrukteur

5. Wie groß ist der Anteil der sportlichen Betätigung im Verhältnis zur beruflichen Tätigkeit?

Sport: _____ in _____ %

6. Besitzen Sie für die Sportart eine Lizenz/Berechtigung/Ausbildung?

nein

ja - Welche (ggf. Kopie beifügen)? _____

7. Wie oft üben Sie die Sportart aus?

1-2 mal im Jahr

1-2 mal im Monat

1-2 mal pro Woche

3 mal oder öfter pro Woche

Andere Zeiten/Zeiträume _____

8. Wo üben Sie die Sportart aus?

Deutschland

Europa, bitte nennen Sie die einzelnen Länder: _____

Weltweit, bitte nennen Sie die einzelnen Länder: _____

9. Nehmen Sie an Wettbewerben (Turnieren, Meisterschaften etc.) teil?

nein

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

Anzahl im letzten Jahr _____ Anzahl im vorletztem Jahr _____

10. Nehmen Sie an Rekordversuchen teil?

nein

ja - bitte nennen Sie die Art der Rekordversuche: _____

11. Wie üben Sie den Sport aus?

Alleine

Paarweise

In der Gruppe/Mannschaft

12. In welchem Umfeld / Rahmen üben Sie die Sportart aus?

Innerhalb eines Vereins/Vereinsorganisation

Freizeit/Urlaub

13. Werden Sicherheitsmaßnahmen verwendet (z.B. Helm, Schwimmweste)?

nein

ja - welche? _____

14. Erlitten Sie bei der Ausübung der Sporttätigkeit jemals einen Unfall oder Verletzung?

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 10