

## Kampfsport - S 5

Versicherungsscheinnr: /

Versicherte Person:

Geburtsdatum:

Berufliche Tätigkeit:

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