

# Motorradsport - S 6



Versicherungsscheinnr: /Versicherte  
Person:  
Geburtsdatum:  
Berufliche Tätigkeit

AD-Nr.:

## 1. Betreiben Sie den Motorsport (auch mit E-Antrieb)?

- als Amateur, seit: \_\_\_\_\_
- Freizeitfahrer (nur öffentliche Straße) \*\*\*
- als Profi, seit: \_\_\_\_\_

\*\*\* Die weiteren Fragen brauchen nicht mehr beantwortet werden

## 2. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie außerhalb des Motorsports aus?

\_\_\_\_\_ Zu wieviel %? \_\_\_\_\_

Branche: \_\_\_\_\_

- Angestellte/r
- Selbständige/r

## 3. Welche Lizenzen besitzen Sie?

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_ Monat/Jahr  
\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_ Monat/Jahr  
\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_ Monat/Jahr

## 4. Kurzbeschreibung Ihres motorsportlichen Werdegangs (Titel, Platzierungen):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 5. Welche Art des Motorsports (auch mit E-Antrieb) üben Sie aus?

- Rundstreckenrennen (Straßenrennen)
- Trial
- Enduro
- Enduro-Rallye
- Sonstige - Welche? \_\_\_\_\_
- Moto-Cross/Stadion-Cross/Hallen-Cross
- Fahrsicherheitstraining auf Rennstrecken
- SuperMoto
- Rennstreckentraining (freies Fahren)

## 6. An welchen Veranstaltungen bzw. Rennserien nehmen Sie teil?

- Genehmigungspflichtig
- Genehmigungsfrei
- Sonstige

Bezeichnung der Veranstaltung/Rennserie: \_\_\_\_\_

Veranstaltungsort(e): \_\_\_\_\_

Veranstalter: \_\_\_\_\_

**7. Welches Fahrzeug verwenden Sie?**

Hersteller / Fahrzeugtyp: \_\_\_\_\_

Baujahr: \_\_\_\_\_ Höchstgeschwindigkeit: \_\_\_\_\_ km/h

**8. Welchem Team gehören Sie an?**

- Privatteam
- Werksteam

Name des Teams: \_\_\_\_\_

**9. Erlitten Sie bei Ihrer motorradsportlichen Betätigung bisher einen Unfall?**

- nein
- ja - Art der Verletzung, Zeitpunkt, Folgen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**10. Wurde bei Ihnen jemals eine Einschränkung der Fahrtüchtigkeit festgestellt?**

- nein
- ja - Grund, Datum, Dauer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 6