

- Allianz Lebensversicherungs-AG
 Deutsche Lebensversicherungs-AG



Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Bitte beantworten Sie jede Frage einzeln. Striche können als Antwort nicht akzeptiert werden.
 Bitte beachten: Der Versicherungsschutz ist gefährdet, wenn unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht werden.

Ergänzende Erklärung der zu versichernden Person zu Kampfsport

Kampfsport	
Welche Kampfsportart(en) üben Sie aus? _____ _____	
Seit wann üben Sie Ihre Kampfsportart(en) aus? ____ / _____ MM/JJJJ	
Welchen Sportlerstatus nehmen Sie ein?	
<input type="checkbox"/> Freizeitsportler/Selbstverteidigung	<input type="checkbox"/> Amateur <input type="checkbox"/> nebenberuflicher Trainer/Ausbilder
<input type="checkbox"/> hauptberuflicher Trainer/Ausbilder	<input type="checkbox"/> Berufssportler/Profi
Fechten Sie in schlagender Verbindung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie in der Vergangenheit noch andere (oben nicht genannte) Kampfsportarten ausgeübt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja: Welche? _____ _____ _____	

Ausübungsform	
Nehmen Sie an Wettbewerben, Turnieren oder Meisterschaften teil? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja: Bitte nennen Sie die Art der Wettkämpfe (und falls bekannt den Veranstalter): _____ _____ _____	
In welcher der folgenden Formen üben Sie bei Wettkämpfen die Kampfsportart(en) aus?	
<input type="checkbox"/> Non-Kontakt	<input type="checkbox"/> Formwettkämpfe/Katas
<input type="checkbox"/> Leichtkontakt	<input type="checkbox"/> Semikontakt <input type="checkbox"/> Vollkontakt
Anzahl der Wettkämpfe in diesem Jahr? _____	Anzahl der Wettkämpfe im letzten Jahr? _____
	Anzahl der Wettkämpfe im vorletzten Jahr? _____
Wie häufig üben Sie die Kampfsportarten aus?	
<input type="checkbox"/> 4x pro Woche oder häufiger	<input type="checkbox"/> 1–3x pro Woche <input type="checkbox"/> seltener als 1x pro Woche
Verwenden Sie bei der Ausübung des Kampfsports die empfohlenen/vorgeschriebenen Sicherheitsausrüstungen (z. B. Kopfschutz, Mundschutz, Tiefschutz, Schienbeinschutz, Handschutz, Fußschutz)?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Sicherheitsausrüstung vorgeschrieben	
Falls ja: Welche Sicherheitsausrüstung verwenden Sie? _____ _____	

zusätzliche Bemerkungen
_____ _____ _____ _____

Telefonnummer und E-Mail-Adresse für Rückfragen
_____ _____

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Ort/Datum _____ Unterschrift des gesetzl. Vertreters, falls die zu versichernde Person minderjährig _____ Unterschrift der zu versichernden Person _____

PESVA01708