

- 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 sportlichen Aktivitäten

sportliche Aktivität	
<b>Welche sportliche Aktivität(en) üben Sie aus?</b>	
_____ _____ _____	
<b>Lässt sich eine der genannten sportlichen Aktivitäten dem Jagdsport zuordnen?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Jagen Sie auch Großwild?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Lässt sich eine der genannten sportlichen Aktivitäten der Tierzucht zuordnen?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Züchten Sie Raubtiere oder giftige Tierarten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Seit wann üben Sie Ihre genannte(n) sportliche(n) Aktivität(en) aus?</b> ____ / ____ MM/JJJJ	
<b>Welchen Sportlerstatus nehmen Sie ein?</b>	
<input type="checkbox"/> Freizeitsportler/Amateur	<input type="checkbox"/> Nebentätigkeit/Semiprofi
<input type="checkbox"/> hauptberuflicher Trainer/Ausbilder	<input type="checkbox"/> nebenberuflicher Trainer/Ausbilder
	<input type="checkbox"/> Berufssportler/Profi
<b>Besitzen Sie für Ihre sportliche Aktivität eine gültige Lizenz/Berechtigung/Ausbildung?</b>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja: Welche Lizenzen besitzen Sie?	_____ seit: ____ / ____ MM/JJJJ
	_____ seit: ____ / ____ MM/JJJJ
	_____ seit: ____ / ____ MM/JJJJ
<b>Verwenden Sie bei der Ausübung Ihrer sportlichen Aktivität die empfohlenen/vorgeschriebenen Sicherheitsausrüstungen (z. B. Kopfschutz, Mundschutz)?</b>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Sicherheitsausrüstung vorgeschrieben	
Falls ja: Welche Sicherheitsausrüstung verwenden Sie?	
_____	
_____	

Ausübungsform	
<b>Nehmen Sie an Wettkämpfen teil?</b>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja: An welchen Veranstaltungen bzw. Rennserien nehmen Sie teil?	
Bezeichnung der Veranstaltung(en): _____	
Veranstaltungsort(e): _____	
Veranstalter: _____	
Nehmen Sie oder beabsichtigen Sie, an internationalen Wettkämpfen teilzunehmen?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja: Bitte nennen Sie die Veranstaltung, deren Orte und Veranstalter unter „zusätzliche Bemerkungen“.	
An wie vielen Wettbewerben nehmen oder nahmen Sie teil?	
dieses Jahr: ____ Wettkämpfe    letztes Jahr: ____ Wettkämpfe	
<b>Gehören Sie einem Team/Verein an?</b>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja: Name des Teams/Vereins: _____	
Welcher Art ist dieses Team?	
<input type="checkbox"/> Privatteam	<input type="checkbox"/> Werksteam
	<input type="checkbox"/> (eingetragener) Verein
<input type="checkbox"/> sonstiges Team: _____	
<b>Wie oft üben Sie die Sportarten aus?</b>	
<input type="checkbox"/> 1–2x / Jahr	<input type="checkbox"/> 1–2x / Monat
<input type="checkbox"/> Urlaub	<input type="checkbox"/> 1–2x / Woche
	<input type="checkbox"/> 3x / Woche oder öfter
<input type="checkbox"/> sonstige Zeiträume: _____	
<b>Betreiben Sie Ihre Sportart ausschließlich als Freizeitsportler?</b>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Betreiben Sie Ihre Sportart berufsmäßig oder werden Sie bei der Ausübung gesponsert?</b>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja: Bitte machen Sie unter „zusätzliche Bemerkungen“ genauere Angaben.	

PESVA01713

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

RLNR.: \_\_\_\_\_

**Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu sportlichen Aktivitäten**

**Üben Sie Ihre Sportart außerhalb Deutschlands aus?**

ja  nein

Falls ja: Welches Land/Region? Wie häufig üben Sie Ihre Sportart außerhalb Deutschlands aus?

---

**Nehmen Sie an Rekordversuchen teil?**

ja  nein

Falls ja: Bitte erläutern Sie diese unter „zusätzliche Bemerkungen“.

**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

---