

Service-Center
MetallRente.Arbeitskraftabsicherung
85746 Garching b. München

FRAGEBOGEN Kampfsport

Versicherung Nr. _____
Versicherungsnehmer _____
Versicherte Person _____

1. Welche Kampfsportart betreiben Sie?

2. Sind Sie:

- ☐ Freizeitsportler/Selbstverteidigung
☐ hauptberuflicher Trainer
☐ Amateur
☐ Profi

3. Seit wann betreiben Sie diesen Kampfsport?

4. Haben Sie in der Vergangenheit noch andere Kampfsportarten betrieben?

- ☐ ja, welche _____
☐ nein

5. Ausübungsform: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ Übungen werden ohne jeglichen Körperkontakt durchgeführt
☐ genau vorgegebener Übungsablauf (Wettkampf)
☐ Die Übungen werden mit einem Partner in freier Form eingeübt, jedoch nicht wettkampfmäßig

6. Es werden Wettkämpfe ausgetragen. Welcher Art?

- ☐ Semi-/Leichtkontakt
☐ Vollkontakt
☐ Katas/Formenwettkämpfe
☐ sonstiges _____

7. Schutzmaßnahmen:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ keine
☐ sonstiges (bitte genaue Angabe welche)

8. Trainingseinheiten wöchentlich:

- ☐ bis zu 3 Tage/Woche
☐ mehr als 3 Tage/Woche

FRAGEBOGEN Kampfsport

Versicherung Nr. _____

Versicherte Person _____

9. Haben Sie bisher Verletzungen/Überlastungsschäden bei der Ausübung der Kampfsportart erlitten?

- ☐ ja, wann, genaue Beschreibung der Verletzung und eventueller Folgen:

- ☐ nein

Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhaft Verletzung dieser Pflichten kann für den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, z. B. den Verlust des Versicherungsschutzes oder die Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer
Bei Firmen ist der Firmenstempel zwingend erforderlich
(ersatzweise die vollständige Bezeichnung der Firma)
Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte Person
Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter