ALTE LEIPZIGER

ALTE LEIPZIGER Leben

Postfach 1660

61406 Oberursel

Absender:

Versicherungs-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____

Geburtsdatum: _____

Fragebogen zum Kampfsport

1. Welche Kampfsportart(en) üben Sie aus?

   _____

   _____

   Seit wann: _____

2. Wie häufig üben Sie die Kampfsportart(en) aus?

   ☐ 1 – 3 mal die Woche ☐ 4 mal oder häufiger die Woche

3. Welchen Sportlerstatus nehmen Sie ein?

   ☐ Freizeitsport / Amateur ☐ hauptberuflicher Trainer oder Ausbilder ☐ Berufssportler

4. Nehmen Sie an Wettkämpfen oder Turnieren teil? ☐ nein ☐ ja

5. In welcher der folgenden Formen üben Sie die Kampfsportart aus?

   ☐ Non-Kontakt ☐ Leichtkontakt

   ☐ Semikontakt ☐ Vollkontakt

6. Verwenden Sie bei der Ausübung des Kampfsportes die empfohlenen / vorgeschriebenen Sicherheitsausrüstungen (z.B. Kopfschutz, Mundschutz, Tiefschutz, Schienbeinschutz Handschutz, Fußschutz? ☐ nein ☐ ja

Stand 02-2017

7. Wurden Sie bei der Ausübung des Kampfsports jemals verletzt oder erlitten Sie einen Unfall? ☐ nein ☐ ja

Falls ja, wann? __ __ __ __ __ __ __ __

Welche Verletzungen? _____

_____

_____

Haben die Verletzungen Folgen hinterlassen? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, welche?

_____

_____

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar).

Ort, Datum	Unterschrift Versicherter (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)