

Service-Center  
KlinikRente.Arbeitskraftabsicherung  
85746 Garching b. München

## FRAGEBOGEN Freizeit/Hobby/Sport

Versicherung Nr. \_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_  
Versicherte Person \_\_\_\_\_

1. Welches Hobby bzw. welchen Sport üben Sie aus?

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

2. Beschreiben Sie Ihr Hobby bzw. die Sportart ausführlich:

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

3. Sind Sie (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Freizeitsportler  
 Amateur  
 nebenberuflicher/ehrenamtlicher Trainer  
 hauptberuflicher Trainer  
 Profi

4. Wie intensiv üben Sie Ihr Hobby/die Sportart aus?

- 1 - 2 mal wöchentlich  
 3 - 4 mal wöchentlich  
 mehr als 4 mal wöchentlich

5. Seit wann betreiben Sie dieses Hobby/diesen Sport?

\_\_\_\_\_

6. Haben Sie in der Vergangenheit noch andere Hobbys/Sportarten betrieben?

- ja, welche \_\_\_\_\_  
bis wann \_\_\_\_\_  
 nein

**FRAGEBOGEN Freizeit/Hobby/Sport**

**Versicherung Nr.** \_\_\_\_\_

**Versicherte Person** \_\_\_\_\_

**7. Nehmen Sie an Wettkämpfen teil oder beabsichtigen Sie dies in den nächsten 12 Monaten zu tun?**

- ja, an welchen \_\_\_\_\_  
wie oft im Jahr \_\_\_\_\_
- nein

**8. Haben Sie bisher Verletzungen/Überlastungsschäden bei der Ausübung Ihres Hobbys/Ihrer Sportart 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.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte Person  
Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter