

Service-Center  
KlinikRente.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

Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland  
Amtsgericht München HRB 120565

Hauptbevollmächtigter für Deutschland:  
Jörg Arnold  
Zeppelinstraße 1 • 85748 Garching b. München  
www.swisslife.de

Aktiengesellschaft schweizerischen Rechts  
mit Hauptsitz in Zürich  
Handelsregister Kanton Zürich • CHE-105.928.677  
Verwaltungsrat: Rolf Dörig (Vors.), Klaus Tschütscher,  
Thomas Buess, Monika Bütler, Adrienne Corboud Fumagalli,  
Ueli Dietiker, Damir Filipovic, Frank W. Keuper, Stefan Loacker,  
Henry Peter, Martin Schmid, Franziska Tschudi Sauber

Landesbank Hessen-Thüringen  
IBAN DE96 5005 0000 0000 0035 09  
BIC HELA DE FF XXX  
Gläubiger-ID DE20ZZZ00000042095

**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.

\_\_\_\_\_  
Datum

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