

Absender:

---

---

---

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Zu versichernde Person: \_\_\_\_\_

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

## Fragebogen zum Radsport

1. Wie wird die Radsportart bezeichnet, die Sie ausüben?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> BMX-Fahren                      | <input type="checkbox"/> Mountain-Biking (allgemein, ohne Wettbewerb) |
| <input type="checkbox"/> Mountain-Biking (Cross Country) | <input type="checkbox"/> Mountain-Biking (Downhill)                   |
| <input type="checkbox"/> Mountain-Biking (Freeride)      | <input type="checkbox"/> Querfeldeinrennen                            |
| <input type="checkbox"/> Radpolo                         | <input type="checkbox"/> Radrennen                                    |
| <input type="checkbox"/> Rad-Trial                       | <input type="checkbox"/> Radwandern                                   |
| <input type="checkbox"/> Kunstradfahren                  | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____                              |

Seit wann üben Sie die Sportart aus?

Seit:

2. Wie betreiben Sie die Sportart?

- Amateur                       Profi                       in sonstiger Eigenschaft. In welcher?

\_\_\_\_\_

3. Welche Lizenzen besitzen Sie?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Seit wann besitzen Sie die Lizenzen?

Seit:

4. Nehmen Sie an Wettbewerben teil?  nein  ja

Falls ja, welche Art von Wettbewerben? \_\_\_\_\_

Anzahl in den letzten 12 Monaten: \_\_\_\_\_

Anzahl in den nächsten 12 Monaten: \_\_\_\_\_

Veranstalter: \_\_\_\_\_

Veranstaltungsort(e): \_\_\_\_\_

5. Erlitten Sie bei Ihrer Radsportlichen Betätigung bisher einen Unfall?  nein  ja

Wenn ja, Art der Verletzung, Zeitpunkt und Folgen

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

6. Wurde Ihnen jemals die Lizenz entzogen?  nein  ja

Wenn ja, Grund, Datum und Dauer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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)

x