

# Fragebogen Kampfsport

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Vorname Nachname

Geburtsdatum

## Teilnahmestatus

### 1. In welcher Eigenschaft betreiben Sie den Kampfsport?

Bitte kreuen Sie alle zutreffenden an:

- Amateur
- Professioneller Sportler
- Professioneller Trainer

Fragen 2 und 3 bitte nur beantworten, sofern Sie Trainer sind:

### 2. Sind Sie selbstständig oder angestellt tätig?

- Selbstständig
- Angestellt

### 3. Haben Sie eine Qualifikation oder Zertifizierung als Trainer erworben?

- Nein
- Ja

## Aktivitäten

### 4. Welche Art(en) von Kampfsport üben Sie aus?

Bitte alle zutreffenden ankreuzen:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allkampf                     | <input type="checkbox"/> Hung Kuen                 | <input type="checkbox"/> No Rules Fighting |
| <input type="checkbox"/> Alpha Combat                 | <input type="checkbox"/> Hwarangdo Do              | <input type="checkbox"/> Pankration        |
| <input type="checkbox"/> Boxen                        | <input type="checkbox"/> Jeet Kune Do              | <input type="checkbox"/> Ringen            |
| <input type="checkbox"/> Burmesisches Boxen/Letwei    | <input type="checkbox"/> Judo                      | <input type="checkbox"/> Sambo Combat      |
| <input type="checkbox"/> Schachboxen                  | <input type="checkbox"/> Kadgamala Marg            | <input type="checkbox"/> Sambo Sport       |
| <input type="checkbox"/> Chinesisches Boxen           | <input type="checkbox"/> Karate                    | <input type="checkbox"/> Schwingen         |
| <input type="checkbox"/> Französisches Boxen / Savate | <input type="checkbox"/> Kempo/Kenpo               | <input type="checkbox"/> Shintaido         |
| <input type="checkbox"/> Kickboxen                    | <input type="checkbox"/> Keysi Fighting Method KFM | <input type="checkbox"/> Shoot Wrestling   |
| <input type="checkbox"/> Thai-Boxen                   | <input type="checkbox"/> Kung-Fu                   | <input type="checkbox"/> Sumo              |
| <input type="checkbox"/> Brasilianisches Jiu Jitsu    | <input type="checkbox"/> Kuntaiko                  | <input type="checkbox"/> Taekwon-Do        |
| <input type="checkbox"/> Cage Fighting                | <input type="checkbox"/> Kyoek Too Ki              | <input type="checkbox"/> Ving-Shun         |
| <input type="checkbox"/> Catchen                      | <input type="checkbox"/> Mixed Martial Arts, MMA   | <input type="checkbox"/> Vo Dao Vietnam    |
| <input type="checkbox"/> Gojutedo                     | <input type="checkbox"/> Muay Thai                 | <input type="checkbox"/> Wrestling         |
|   | <input type="checkbox"/> Ninjutsu                  | <input type="checkbox"/> Wun Hop Kuen Do   |

Sonstiges – bitte spezifizieren:

Frage 5 bitte nur beantworten, sofern Sie Amateur sind:

### 5 Nehmen Sie aktiv an Wettkämpfen teil?

- Ja, in dieser /diesen Kampfsportart(en):
- Nein

Bitte beantworten Sie auch die Frage(n) auf der/den folgenden Seite(n).  
Bitte auch Ort, Datum und Unterschrift nicht vergessen.





Ich bestätige hiermit, den wichtigen Hinweis über die Folgen einer Verletzung meiner Anzeigepflicht gemäß § 19 Abs. 5 VVG gelesen zu haben. Alle mir dazu gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet und nichts verschwiegen. Ich bin darüber informiert, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben können. Die Angaben in diesem Fragebogen sind Bestandteil meines Versicherungsvertrages.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Bitte Rückversand an: Hannoversche Lebensversicherung AG, VHV-Platz 1, 30177 Hannover