

## Fragebogen Leichtathletik

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Vorname Nachname

Datum

### Teilnahmestatus

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

Bitte kreuzen 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 Sportart(en) üben Sie aus?

Bitte alle zutreffenden ankreuzen:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diskuswerfen             | <input type="checkbox"/> Stabhochsprung             | <input type="checkbox"/> Duathlon           |
| <input type="checkbox"/> Hammerwerfen             | <input type="checkbox"/> Laufen                     | <input type="checkbox"/> Triathlon          |
| <input type="checkbox"/> Speerwerfen              | <input type="checkbox"/> Marathon                   | <input type="checkbox"/> Quadrathlon        |
| <input type="checkbox"/> Kugelstoßen, Steinstoßen | <input type="checkbox"/> Gehen                      | <input type="checkbox"/> Moderner Fünfkampf |
| <input type="checkbox"/> Hochsprung               | <input type="checkbox"/> Hürdenlauf                 | <input type="checkbox"/> Siebenkampf        |
| <input type="checkbox"/> Weitsprung               | <input type="checkbox"/> Steeplechase (ohne Pferde) | <input type="checkbox"/> Zehnkampf          |
| <input type="checkbox"/> Dreisprung               |   |   |

Sonstiges – welche?

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