

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____

Geburtsdatum: _____

Radsportfragebogen

<p>1. Wie wird die Radsportart bezeichnet, die Sie ausüben?</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="radio"/> BMX-Fahren</td> <td><input type="radio"/> Querfeldeinrennen</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Mountain-Biking (allgemein, ohne Wettbewerb)</td> <td><input type="radio"/> Radpolo</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Mountain-Biking (Cross Country)</td> <td><input type="radio"/> Radrennen</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Mountain-Biking (Downhill)</td> <td><input type="radio"/> Rad-Trail</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Mountain-Biking (Hill Climb)</td> <td><input type="radio"/> Radwandern</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> sonstige:</td> <td><input type="radio"/> Kunstradfahren</td> </tr> </table> <p>Seit wann üben Sie die Sportart aus? _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ </p>	<input type="radio"/> BMX-Fahren	<input type="radio"/> Querfeldeinrennen	<input type="radio"/> Mountain-Biking (allgemein, ohne Wettbewerb)	<input type="radio"/> Radpolo	<input type="radio"/> Mountain-Biking (Cross Country)	<input type="radio"/> Radrennen	<input type="radio"/> Mountain-Biking (Downhill)	<input type="radio"/> Rad-Trail	<input type="radio"/> Mountain-Biking (Hill Climb)	<input type="radio"/> Radwandern	<input type="radio"/> sonstige:	<input type="radio"/> Kunstradfahren						
<input type="radio"/> BMX-Fahren	<input type="radio"/> Querfeldeinrennen																		
<input type="radio"/> Mountain-Biking (allgemein, ohne Wettbewerb)	<input type="radio"/> Radpolo																		
<input type="radio"/> Mountain-Biking (Cross Country)	<input type="radio"/> Radrennen																		
<input type="radio"/> Mountain-Biking (Downhill)	<input type="radio"/> Rad-Trail																		
<input type="radio"/> Mountain-Biking (Hill Climb)	<input type="radio"/> Radwandern																		
<input type="radio"/> sonstige:	<input type="radio"/> Kunstradfahren																		
<p>2. Betreiben Sie diese Sportart</p>	<table border="0"> <tr> <td>als Amateur</td> <td><input type="radio"/> nein</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="radio"/> ja</td> <td></td> </tr> <tr> <td>als Profi</td> <td><input type="radio"/> nein</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="radio"/> ja</td> <td></td> </tr> <tr> <td>in sonstiger Eigenschaft</td> <td><input type="radio"/> nein</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="radio"/> ja</td> <td>Falls ja, in welcher?</td> </tr> </table>	als Amateur	<input type="radio"/> nein			<input type="radio"/> ja		als Profi	<input type="radio"/> nein			<input type="radio"/> ja		in sonstiger Eigenschaft	<input type="radio"/> nein			<input type="radio"/> ja	Falls ja, in welcher?
als Amateur	<input type="radio"/> nein																		
	<input type="radio"/> ja																		
als Profi	<input type="radio"/> nein																		
	<input type="radio"/> ja																		
in sonstiger Eigenschaft	<input type="radio"/> nein																		
	<input type="radio"/> ja	Falls ja, in welcher?																	
<p>3. Welche Lizenzen besitzen Sie?</p>	<p>Seit wann besitzen Sie die Lizenzen?</p>																		

* 400076 *
400076-04.10

<p>4. Nehmen Sie an Wettbewerben teil?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Falls ja, welche Art von Wettbewerben?</p> <p>Anzahl in den letzten 12 Monaten:</p> <p>Anzahl in den nächsten 12 Monaten:</p> <p>Veranstalter:</p> <p>Veranstaltungsort(e):</p>
<p>5. Erlitten Sie bei Ihrer Radsportlichen Betätigung bisher einen Unfall?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (wenn ja, Art der Verletzung, Zeitpunkt und Folgen)</p>
<p>6. Wurde Ihnen jemals die Lizenz entzogen?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (wenn ja, Grund, Datum, Dauer)</p>
<p>Entbindung von der Schweigepflicht</p> <p>Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos benötigt die ALTE LEIPZIGER personenbezogene Daten von mir. Die Verwendung (= Erhebung, Verarbeitung, Nutzung) dieser Daten ist grundsätzlich aufgrund gesetzlicher Vorschriften zulässig. Im nachfolgenden Fall ist allerdings meine Einwilligung erforderlich:</p> <p>Die ALTE LEIPZIGER überprüft meine gemachten Angaben über meinen Gesundheitszustand, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten. Zu diesem Zweck befreie ich die hier von mir genannten Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkasser sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Die ALTELEIPZIGER bzw. die Mitarbeiter des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an sie beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden</p>	
<p>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).</p>	
<p>Ort, Datum</p>	<p>Unterschrift der zu versichernden Person, falls minderjährig, auch die des gesetzlichen Vertreters</p>