

**ZUSÄTZLICHE ERKLÄRUNG
Motorsport**

Zu versichernde Person

Geburtsdatum

Beruf

Antrag Nr.

**Wir bitten um detaillierte Angaben!
Bei Fragen mit vordruckten Antworten bitte Zutreffendes ankreuzen.**

1. Der Motorsport wird betrieben mit

- dem Kraftwagen
- dem Motorrad
- dem Motorboot
- Sonstiges, was?

Fahrzeugtyp/Hersteller

Hubraum (ccm)

Motorleistung (PS)

Höchstgeschwindigkeit (km/h)

2. Der Motorsport wird betrieben als

- Amateur
- Profi
- Sonstiges, was?

3. Besitzen Sie Sportfahrerlizenzen (nationale/internationale)?

ja nein

Wenn ja, seit wann und welche?

4. Wurde Ihre Sportfahrerlizenz schon einmal entzogen?

ja nein

Wenn ja, warum, wann und wie lange?

5. Nehmen Sie an Wettbewerben teil?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein												
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Rundstreckenrennen</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Enduro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Langstreckenrennen</td> <td><input type="checkbox"/> Motocross</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bergrennen</td> <td><input type="checkbox"/> Hallencross</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Speedway</td> <td><input type="checkbox"/> Eisspeedway</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Grasbahnrennen</td> <td><input type="checkbox"/> Go-Kart-Rennen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rallyes – bitte nähere Angaben</td> <td><input type="checkbox"/> Sonstige, welche?</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Rundstreckenrennen	<input type="checkbox"/> Enduro	<input type="checkbox"/> Langstreckenrennen	<input type="checkbox"/> Motocross	<input type="checkbox"/> Bergrennen	<input type="checkbox"/> Hallencross	<input type="checkbox"/> Speedway	<input type="checkbox"/> Eisspeedway	<input type="checkbox"/> Grasbahnrennen	<input type="checkbox"/> Go-Kart-Rennen	<input type="checkbox"/> Rallyes – bitte nähere Angaben	<input type="checkbox"/> Sonstige, welche?		
<input type="checkbox"/> Rundstreckenrennen	<input type="checkbox"/> Enduro													
<input type="checkbox"/> Langstreckenrennen	<input type="checkbox"/> Motocross													
<input type="checkbox"/> Bergrennen	<input type="checkbox"/> Hallencross													
<input type="checkbox"/> Speedway	<input type="checkbox"/> Eisspeedway													
<input type="checkbox"/> Grasbahnrennen	<input type="checkbox"/> Go-Kart-Rennen													
<input type="checkbox"/> Rallyes – bitte nähere Angaben	<input type="checkbox"/> Sonstige, welche?													
Anzahl in den letzten 2 Jahren	_____													
Anzahl in den nächsten 12 Monaten	_____													
Veranstalter	_____													
In welchen Ländern?	_____													

6. Hatten Sie bisher Verletzungen oder Unfälle bei Ihrer Motorsportlichen Betätigung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<p>Wenn ja, bitte Art, Zeitpunkt, Behandlung, Dauer und Folgen der Verletzung(en) bzw. des Unfalls/der Unfälle und Name und Anschrift der behandelnden Ärzte angeben.</p>		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Ich weiß, dass der Versicherer bei unvollständiger oder unwahrer Angabe vom Vertrag zurücktreten kann.

Ort, Datum, Unterschrift der zu versichernden Person