

## Fragebogen Flug-/Luftsport

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_

1. Welche Flug-/Luftsportart(en) üben Sie aus?

- Flugzeug, seit \_\_\_\_ . \_\_\_\_
- Hubschrauber, seit \_\_\_\_ . \_\_\_\_
- Segelflugzeug, seit \_\_\_\_ . \_\_\_\_
- Ultraleichtflugzeug, seit \_\_\_\_ . \_\_\_\_
- Fallschirmspringen, seit \_\_\_\_ . \_\_\_\_
- Gleitschirmfliegen, seit \_\_\_\_ . \_\_\_\_
- Paragliding, seit \_\_\_\_ . \_\_\_\_
- Sonstige: \_\_\_\_\_ , seit \_\_\_\_ . \_\_\_\_

2. Wie häufig übten Sie die unter 1. genannte(n) Flug-/Luftsportart(en) jeweils in den letzten 3 Jahren aus?

Jahr	Anzahl Flüge/Sprünge pro Jahr

3. An welchen Flug-/Luftsportaktivitäten nehmen Sie teil?

- Spezial-Sprünge (hierzu gehören z. B. B.A.S.E., Speedstar, Formationssprünge usw.)
- Kunstflug (hierzu gehören z. B. Flugvorführungen, Luft-/Flugschauen, Luftrennen usw.)
- Testflug / Fliegen von Prototypen
- Rekordversuche
- Sonstige: \_\_\_\_\_
- Keine

4. Welche Lizenzen besitzen Sie?

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

5. Hatten Sie bereits Verletzungen oder Unfälle durch den Flug-/Luftsport?

Nein

Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben (Welche? Wann? Beschwerdedauer? Behandlungsdauer? Folgen?):

---

---

---

---

---

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

Ich bestätige, dass sich mein Gesundheitszustand seit Antragstellung nicht verändert hat. Ärztliche Beratungen oder Behandlungen waren nicht erforderlich.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des zu Versichernden