

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

HENGSTENBERG & PARTNER GmbH  
 Versicherungsmakler  
 Sendlinger-Tor-Platz 11 • 80336 München  
 Tel.: 089 - 54838-0  
 Fax: 089 - 54838-199  
 willkommen@hbup.de  
 http://www.hbup.de

**Persönlicher Ansprechpartner:**

<b>1. Zu versichernde Person</b>	
1.1. Vorname, Nachname	<input type="text"/> <input type="text"/>
1.2. Geburtsdatum	<input type="text"/>
1.3. Beruf	<input type="text"/>
<b>2. Angaben zum Risiko</b>	
2.1. Welche Kampfsportarten üben Sie aus?	<input type="checkbox"/> Aikido <input type="checkbox"/> Hapkido (Kuk Sool) <input type="checkbox"/> Capoeira <input type="checkbox"/> Jiu Jitsu, Ju-Jutsu <input type="checkbox"/> Karate <input type="checkbox"/> Kickboxen <input type="checkbox"/> Kyudo <input type="checkbox"/> Judo <input type="checkbox"/> Kendo <input type="checkbox"/> Thai-Boxen <input type="checkbox"/> Kung-Fu (Wu Shu) <input type="checkbox"/> Taekwon-Do <input type="checkbox"/> Wing-Tsun <input type="checkbox"/> Kontakt-Karate (Full contact) <input type="checkbox"/> Krav Maga <input type="checkbox"/> Ringen <input type="checkbox"/> Boxen <input type="checkbox"/> sonstige <input type="text"/>
2.2. Bitte geben Sie Ihren evtl. vorhandenen Dan-Grad oder Gürtelfarbe an	<input type="text"/>
2.3. Wie häufig üben Sie diese Kampfsportart(en) aus?	<input type="checkbox"/> 1-3 mal <input type="checkbox"/> 4 mal oder häufiger die Woche <input type="checkbox"/> sonstige <input type="text"/>
2.4. Seit wann üben Sie die genannten Kampfsportart(en) aus?	<input type="text"/>
2.5. Haben Sie in der Vergangenheit noch andere Kampfsportarten betrieben oder beabsichtigen andere zukünftig zusätzlich oder ergänzend auszuüben?	<input type="text"/>

2.6. Sind Sie Mitglied eines Clubs, Vereins etc.?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, welcher? <input type="text"/>
2.7. Welchen Sportlerstatus nehmen Sie ein?	<input type="checkbox"/> Amateur (Hobby) <input type="checkbox"/> Semi-Profi <input type="checkbox"/> Profi
2.8. Sind Sie auch als Kampfsportlehrer tätig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.9. In welcher Form üben Sie den Kampfsport aus?	<input type="checkbox"/> Non-Kontakt <input type="checkbox"/> Leichtkontakt <input type="checkbox"/> Semikontakt <input type="checkbox"/> Vollkontakt
2.10. Nehmen Sie an kampfsportlichen Veranstaltungen, Wettbewerben oder Meisterschaften teil?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte genaue Angaben zu Art, Häufigkeit, Austragungsorte etc.: <input type="text"/>
2.11. Sind zur Ausübung Ihres Kampfsportes spezielle Körperschutzmaßnahmen erforderlich? z.B. Kopf-, Mund-, Tief-, Schienbein-, Hand-, Fußschutz etc.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, welche? <input type="text"/>
2.12. Haben Sie bei der Ausübung Ihres Sportes bisher Verletzungen, Unfälle oder Überlastungsschäden erlitten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , bitte Art, Zeitpunkt, Behandlung, Dauer und Folgen der Verletzungen angeben, sowie Name und Anschrift des behandelnden Arztes: <input type="text"/>
2.13. Bitte geben Sie sonstige, bisher nicht angesprochene Besonderheiten Ihrer Kampfsporttätigkeit inkl. entsprechender Details an (z.B. Waffennutzung).	<input type="text"/>
<b>3. Hinweis</b>	
<b>Einverständniserklärung zur Datenweitergabe</b>	Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.  _____ Datum, Unterschrift
<b>Interne Notizen</b>	
Mitarbeiter: <input type="text"/> Datum : <input type="text"/> Uhrzeit: von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben <input type="checkbox"/> persönliche Besprechung <input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden <input type="checkbox"/> <input type="text"/>



Rev001 vom 20.08.2014

