

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____

Geburtsdatum: _____

Fragebogen zum Fallschirmspringen

1. Sind Sie im Besitz eines Luftfahrerscheines für Fallschirmspringer? nein ja

Falls ja, Erstellungsdatum:

2. Sind Sie?
Sprunglehrer nein ja

Tandemmaster nein ja

3. Betreiben Sie Fallschirmspringen:
als Freizeitsport nein ja als Wettkampfsportart nein ja
zu Werbesprüngen nein ja zu Stuntsprüngen nein ja

4. Betreiben Sie
 Freestyle Paraski
 Freifallformation Freefly
 Skysurfen Kappenformation
 Sonstiges: _____

5. Wie viele Sprünge haben Sie in den letzten 2 Jahren absolviert?

Anzahl: _____

Bitte Kopie des Sprungbuchs beifügen.

6. Wurden Sie bei der Ausübung des Fallschirmspringens jemals verletzt oder erlitten Sie einen Unfall?

nein ja

Falls ja, wann?

Welche Verletzungen?

Haben die Verletzungen Folgen hinterlassen?
Wenn ja, welche?

nein ja

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).

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

x