

Beratung durch:

Hopfauer Versicherungsmakler GmbH & Co. KG
Luitpoldstraße 45 • 97421 Schweinfurt
Tel.: 09721 / 89044 • Fax: 09721 / 81603
info@hopfauer.de
http://www.hopfauer.de

Versicherungsnehmer:

Herr
Max Mustermann

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011

Persönlicher Ansprechpartner:

Herr Marco Hopfauer
Fax: 09721 / 4764862
marco@hopfauer.de

Zu versichernde Person	
Vorname, Nachname	Max Mustermann
Geburtsdatum	
Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus?	
Angaben zum Risiko	
Seit wann betreiben Sie den Motorradsport	<input type="checkbox"/> als Profi seit: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> als Amateur seit: <input type="text"/>
Besitzen Sie Sportfahrerlizenzen (nationale / internationale)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche und seit wann? <input type="text"/>
An welchen Veranstaltungen nehmen Sie teil?	<input type="checkbox"/> Rundstreckenrennen <input type="checkbox"/> Langstreckenrennen <input type="checkbox"/> Bergrennen <input type="checkbox"/> Auto-Cross <input type="checkbox"/> LKW-(Truck-)Rennen <input type="checkbox"/> Go-Kart-Rennen <input type="checkbox"/> Crashrennen <input type="checkbox"/> Stock-Car-Rennen <input type="checkbox"/> Dragrennen <input type="checkbox"/> Oldtimerfahrten <input type="checkbox"/> Geschicklichkeitsfahrten <input type="checkbox"/> Rallyes und andere - bitte detaillierte Angaben <input type="text"/>
Wie viele Rennen haben Sie in den letzten 2 Jahren insgesamt absolviert?	<input type="text"/> Rennen
Wieviele Rennen werden Sie voraussichtlich in den nächsten 12 Monaten absolviert?	<input type="text"/> Rennen bei folgenden Veranstaltungen: <input type="text"/>

<p>Mit welchen Fahrzeugen fahren Sie?</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>2. Fahrzeuggruppe, Typ, Hersteller, Hubraum, Leistung, Höchstgeschwindigkeit</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>3. Fahrzeuggruppe, Typ, Hersteller, Hubraum, Leistung, Höchstgeschwindigkeit</p>	<p>für Herrn Max Mustermann am 27.09.2011</p>
<p>Wurde Ihre Sportfahrlizenz schon einmal eingezogen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, warum?</p>	
<p>Geben Sie bitte detailliert Auskunft über bereits erlittene Unfälle - während der Übungsphase und/oder der Wettkämpfe - unter Berücksichtigung der dabei erlittenen Verletzungen</p>		
<p>Beabsichtigen Sie, in Zukunft andere motorsportliche Betätigungen zu betreiben?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche?</p>	
<p>Unterschrift</p>	<p>_____ Ort, Datum, Unterschrift</p>	
<p>Rev002 vom 21.10.2009</p>		