

Zusatzklärung (Pferdewirt/Pferdesport)

Deutscher Ring
Lebensversicherungs-AG
Abt. Antrag
20449 Hamburg

Antrags-Nr.

Versicherungs-Nr.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Die unvollständige oder unrichtige Beantwortung der Fragen kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Mehr zu diesem Thema entnehmen Sie bitte der Schlusserklärung Ihres Antrages.

1. **Welche Berufsausbildung haben Sie absolviert?**

Pferdewirt: Schwerpunkt:

- Pferdezücht und -haltung
- Trabrennfahren/Rennreiten
- (Be-)Reiten
- sonstige

Pferdewirtschaftsmeister

andere: _____

2. **Sind Sie**

Angestellter

Arbeitgeber: _____

Seit wann? _____

selbständig

Seit wann? _____

Art des Betriebes? _____

Anzahl der ständig Beschäftigten? _____

3. **Welche Tätigkeiten üben Sie im Einzelnen aus?**
(Bitte geben Sie auch die prozentuale Verteilung an.)

Versorgung und Pflege der Tiere _____%

Ausbildung und Training der Tiere _____%

Reitausbildung, Reitlehrer, Bereiter _____%

Zucht _____%

aktive Teilnahme an Wettbewerben _____%

Andere: _____ %

4. **An welchen Wettbewerben nehmen Sie aktiv teil?**

Anzahl pro Jahr?

Spring- oder Dressurturniere pro Jahr: _____

Vielseitigkeitsprüfungen pro Jahr: _____
(inkl. Geländereiten, Military)

Galopprennen pro Jahr: _____

Hindernisrennen pro Jahr: _____

Trabrennen pro Jahr: _____

Jagden pro Jahr: _____

sonst. reitsportliche Wettkämpfe pro Jahr: _____

Welche? _____

Zusatzklärung (Pferdewirt/Pferdesport)

Antrags-Nr.: _____ Versicherungs-Nr.: _____

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

5. **Haben Sie im Rahmen Ihrer reitsportlichen Betätigung bisher einen Unfall erlitten?** nein ja
Wann? _____
Art des Unfalles/der Verletzungen? _____
Welche Folgen bestehen ggf.? _____

Welcher Arzt kann hierüber am besten Auskunft geben? Name und Anschrift des Arztes

6. **Wurde Ihnen schon einmal aus gesundheitlichen oder disziplinarischen Gründen die Reitlizenz entzogen?** nein ja
Grund? _____

7. **Streben Sie aus medizinischen Gründen einen Arbeitsplatzwechsel an?** nein ja

Ist ein solcher Arbeitsplatzwechsel schon erfolgt? nein ja
Weshalb? _____

8. **Bezogen oder beziehen Sie eine Rente und/oder besitzen oder beantragen Sie einen Ausweis nach dem Behindertenrecht?** nein ja MdE in %? _____ GdB in %? _____
(ggf. entsprechende Bescheide inkl. Begründungsteil beifügen) Aus welchem Grund? _____

Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben meinen Versicherungsschutz gefährden.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

