

Service-Center
KlinikRente.Arbeitskraftabsicherung
85746 Garching b. München

FRAGEBOGEN Reitsport

Versicherung Nr. _____
Versicherungsnehmer _____
Versicherte Person _____

1. In welcher Weise üben Sie den Reitsport aus?

- Hobby
 Amateur
 beruflich

2. Welche Reitsportarten üben Sie aus? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reiten | <input type="checkbox"/> Trabrennfahren |
| <input type="checkbox"/> Westernreiten | <input type="checkbox"/> Hindernisrennen |
| <input type="checkbox"/> Dressurreiten | <input type="checkbox"/> Rodeoreiten |
| <input type="checkbox"/> Springreiten | <input type="checkbox"/> Vielseitigkeit/Military |
| <input type="checkbox"/> Rennreiten | <input type="checkbox"/> Polo |
| <input type="checkbox"/> andere | _____ |

3. Benötigen Sie zur Ausübung Ihrer Reitsportart eine Lizenz?

- ja, welche _____

- nein

4. Nehmen Sie an Wettkämpfen/Wettbewerben teil? (Mehrfachnennungen möglich)

- ja wie häufig
- | | | |
|--|-------|----------|
| <input type="checkbox"/> Dressurturniere | _____ | pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> Springturniere | _____ | pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> Galopprennen | _____ | pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> Trabrennen | _____ | pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> Hindernisrennen | _____ | pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> Vielseitigkeit/Military | _____ | pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> Westernreiten | _____ | pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> Rodeoreiten | _____ | pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> sonstige | _____ | pro Jahr |
| | _____ | pro Jahr |
| | _____ | pro Jahr |
- nein

FRAGEBOGEN Reitsport

Versicherung Nr. _____

Versicherte Person _____

**5. Erlitten Sie im Rahmen Ihrer reitsportlichen
Betätigung Verletzungen oder Unfälle?**

ja, welche

Art, Zeitpunkt, Behandlung, Dauer

etwaige Folgen

behandelnder Arzt mit vollständiger Anschrift

nein

Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhaft Verletzung dieser Pflichten kann für den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, z. B. den Verlust des Versicherungsschutzes oder die Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

Datum

Unterschrift Versicherte Person
Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter