

Fragebogen: Pferdewirt

Hinweis für an Fonds Finanz angebundene Makler:

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um allgemeine Selbstauskünfte der Firma Fonds Finanz Maklerservice GmbH handelt. Diese sind erstellt worden, um Ihnen eine Hilfestellung zu geben, wenn das o.g. Krankheitsgebiet geprüft werden soll. Diese Selbstauskunft ersetzt nicht den Arztbericht bei Antragstellung bei der Gesellschaft, sollte dieser gefordert sein.

A

Zu versichernde Person

Geb.-Datum

Berufliche Tätigkeit

B

1. Welche Berufsausbildung haben Sie absolviert?

2. Geben Sie Ihren beruflichen Schwerpunkt an:

☐ (Be-) Reiten ☐ Pferdezucht und -haltung ☐ Rennreiten ☐ Trabrennfahren ☐ Sonstige _____

3. Arbeiten Sie in einem Betrieb?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, geben Sie uns bitte die Art des Betriebes an, und seit wann Sie dort tätig sind:

Wenn nein, geben Sie uns bitte an, seit wann Sie selbstständig sind, die Art Ihres Betriebes und die Anzahl der ständig Beschäftigten:

4. Nennen Sie bitte die Tätigkeiten, die Sie im Einzelnen ausüben (nach prozentualer Verteilung)

- ☐ Ausbildung und Training der Tiere _____ %
- ☐ Bereiter, Reitlehrer, Reitausbildung _____ %
- ☐ Versorgung und Pflege der Tiere _____ %
- ☐ Zucht und Haltung der Tiere _____ %
- ☐ Aktive Teilnahme an Wettbewerben _____ %
- ☐ Unterweisung und Anleitung von Reitern / Fahrern als Trainer _____ %

Fragebogen: Pferdewirt

B

5. Nehmen Sie aktiv an Wettbewerben teil?

Wenn ja, in welchen Disziplinen und Wettbewerbsklassen? Bitte füllen Sie auch den Fragebogen "Reitsport" aus.

_____ Anzahl pro Jahr: _____

_____ Anzahl pro Jahr: _____

_____ Anzahl pro Jahr: _____

☐ E (Einsteiger) ☐ A (Anfänger) ☐ L (Leicht) ☐ M (Mittelschwer) ☐ S (Schwer)

6. Haben Sie bisher bei der Ausübung der reitsportlichen Betätigung Unfälle oder Verletzungen erlitten?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, geben Sie bitte detaillierte Auskünfte über Art, Zeitpunkt, Behandlung und Folgen an:

7. Geben Sie bitte an, ob Ihre Reitlizenz aufgrund von gesundheitlichen oder disziplinarischen Gründen schon einmal eingezogen wurde

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, weshalb:

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person