

# Fragebogen Pferdesport

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Vorname Nachname

Geburtsdatum

## Teilnahmestatus

### 1. In welcher Eigenschaft betreiben Sie den Pferdesport?

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden an:

- Amateur  
 Professioneller Sportler  
 Professioneller Trainer

Fragen 2 und 3 bitte nur beantworten, sofern Sie Trainer sind:

### 2. Sind Sie selbstständig oder angestellt tätig?

- Selbstständig  
 Angestellt

### 3. Haben Sie eine Qualifikation oder Zertifizierung als Trainer erworben?

- Nein  
 Ja

## Aktivitäten

### 4. Welche Art(en) von Pferdesport üben Sie aus?

Bitte alle zutreffenden ankreuzen:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dressur                | <input type="checkbox"/> Freizeitreiten  |
| <input type="checkbox"/> Distanzreiten          | <input type="checkbox"/> Jagdrennen      |
| <input type="checkbox"/> Vielseitigkeitsreiten  | <input type="checkbox"/> Hindernisrennen |
| <input type="checkbox"/> Rennreiten (Flachbahn) | <input type="checkbox"/> Polo            |
| <input type="checkbox"/> Trabrennsport          | <input type="checkbox"/> Rodeo           |
| <input type="checkbox"/> Fahrsport              | <input type="checkbox"/> Geländereiten   |
| <input type="checkbox"/> Wanderreiten           | <input type="checkbox"/> Galopprennsport |
| <input type="checkbox"/> Islandpferdesport      | <input type="checkbox"/> Voltigieren     |
| <input type="checkbox"/> Springreiten           | <input type="checkbox"/> Westernreiten   |

Sonstiges – bitte spezifizieren:

Frage 5 bitte nur beantworten, sofern Sie Amateur sind:

### 5. Nehmen Sie aktiv an Rennen oder Wettkämpfen teil?

- Nein  
 Ja, – bitte spezifizieren:

In dieser / diesen Pferdesportart(en):

In dieser / diesen Turnierklasse(n) – bitte alle zutreffenden ankreuzen

- Klasse L oder darunter  
 Klasse M  
 Klasse S  
 Turniere unter FEI-Reglement (Fédération Equestre Internationale)

Sonstige – bitte spezifizieren:

**Bitte beantworten Sie auch die Frage(n) auf der/den folgenden Seite(n).**

**Bitte auch Ort, Datum und Unterschrift nicht vergessen.**



Ich bestätige hiermit, den wichtigen Hinweis über die Folgen einer Verletzung meiner Anzeigepflicht gemäß § 19 Abs. 5 VVG gelesen zu haben. Alle mir dazu gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet und nichts verschwiegen. Ich bin darüber informiert, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben können. Die Angaben in diesem Fragebogen sind Bestandteil meines Versicherungsvertrages.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Bitte Rückversand an: Hannoversche Lebensversicherung AG, VHV-Platz 1, 30177 Hannover