

## Zusätzliche Erklärung Pferdewirt

Zu versichernde Person

Geburtsdatum

Beruf

Antrag Nr.

**Wir bitten um detaillierte Angaben!  
Bei Fragen mit vordruckten Antworten bitte Zutreffendes ankreuzen.**

### 1. Welche Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen?

- Pferdewirt
- Pferdewirtschaftsmeister
- andere, welche?

#### Wo liegen die Schwerpunkte Ihrer Tätigkeit?

- Pferdezucht und -haltung
- Reiten
- Rennreiten
- Trabrennfahren
- Sonstige, welche?

### 2. Sind Sie freiberuflich tätig?

ja    nein

**Wenn nein, wo sind Sie angestellt?**  
(Bitte Art des Betriebes angeben)

**Seit wann sind Sie angestellt?** (Monat/Jahr)  
(Bei befristetem Arbeitsverhältnis von wann bis wann?)

### 3. Welche Tätigkeiten üben Sie im Einzelnen aus?

(Bitte die prozentuale Verteilung angeben.)

- Versorgung und Pflege der Tiere, Zucht \_\_\_\_\_ %
- Ausbildung und Training der Tiere \_\_\_\_\_ %
- Reitausbildung, praktische Unterrichtserteilung \_\_\_\_\_ %
- Unterweisung und Anleitung von Reitern/Fahrern als Trainer \_\_\_\_\_ %
- aktive Teilnahme an Wettbewerben \_\_\_\_\_ %
- andere, welche? \_\_\_\_\_ %

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

(Bitte geben Sie die Anzahl der Wettbewerbe pro Jahr an)

- |  |                |
|--|----------------|
| <input type="radio"/> Springturniere   | _____ pro Jahr |
| <input type="radio"/> Dressurturniere  | _____ pro Jahr |
| <input type="radio"/> Vielseitigkeitsprüfungen (inkl. Geländereiten, Military) | _____ pro Jahr |
| <input type="radio"/> Galopprennen/Flachbahn                                   | _____ pro Jahr |
| <input type="radio"/> Hindernisrennen  | _____ pro Jahr |
| <input type="radio"/> Trabrennen   | _____ pro Jahr |
| <input type="radio"/> sonstige reitsportliche Wettkämpfe                       | _____ pro Jahr |

**5. Haben Sie im Rahmen Ihrer reitsportlichen Betätigung bisher Unfälle erlitten?**

ja  nein

Wenn ja, bitte machen Sie genaue Angaben.

**6. Bestehen oder bestanden Krankheiten, Beschwerden oder Störungen, die Sie bei der Ausübung Ihres Berufes beeinträchtigt(en) (auch kurzfristig)?**

ja  nein

Wenn ja, bitte machen Sie nähere Angaben über Art, Ausmaß, Dauer, Häufigkeit, Zeitpunkt, Art der Behandlung und bestehenden Folgen.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, daß ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Ich weiß, daß der Versicherer bei unvollständiger oder unwahrer Angabe vom Vertrag zurücktreten kann.**

---

Ort, Datum, Unterschrift der zu versichernden/mitzuversichernden Person