



Reitsport - S 7

Versicherungsscheinnr: /
Versicherte Person:
Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:

HanseMerkur Lebensversicherung AG
Abt. B - Risikoprüfung
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg
AD-Nr.:

1. Seit wann üben Sie diese Sportart aus? (Monat/Jahr)

2. Welche der folgenden Reittätigkeiten üben Sie aus?

- Checkboxes for Dressur, Gelände, Kegelfahren, Marathon, Sonstiges

Reitsport

- Grid of checkboxes for various equestrian disciplines: Aufgewichtsrennen, Dressur, Horseball, Passrennen, Rodeo, Verkaufsrennen, Vielseitigkeitsrennen (Military), Ausgleichsrennen, Flachrennen, Hürdenrennen, Polo, Springreiten, Voltigieren, Cross Country Rennen, Galopprennen, Jagdrennen, Pushball, Töltrennen, Wanderreiten, Sonstiges, Distanzreiten, Hindernisrennen, Klassisches Rennen, Ringreiten, Trabrennen, Westernreiten

3. In welchem Umfang üben Sie die Sporttätigkeit aus?

- Checkboxes for Freizeitsport (Amateur), Berufssportler (Profi), Nebentätigkeit (Semiprofi), Trainer/Ausbilder/Instrukteur

4. Wie groß ist der Anteil der sportlichen Betätigung im Verhältnis zur beruflichen Tätigkeit?

Sport: in %

5. Besitzen Sie für die Sportart eine Lizenz/Berechtigung/Ausbildung?

- Checkboxes for nein, ja - Welche (ggf. Kopie beifügen)?

6. Wie oft üben Sie die Sportart aus?

- Checkboxes for frequency: 1-2 mal im Jahr, 1-2 mal im Monat, 1-2 mal pro Woche, 3 mal oder öfter pro Woche, Andere Zeiten/Zeiträume

7. Wo üben Sie die Sportart aus?

- Checkboxes for Deutschland, Europa, weltweit, with fields for country names

8. Nehmen Sie an Wettkämpfen (Turnieren, Meisterschaften etc.) teil?

nein

ja - Bitte nennen Sie Art der Wettbewerbe (falls bekannt Veranstalter) _____

Anzahl im letzten Jahr _____ Anzahl im vorletztem Jahr _____

9. Erlitten Sie bei der Ausübung der Sporttätigkeit jemals einen Unfall oder Verletzung?

nein

ja - Bitte nähere Angaben: _____

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Unterschrift des Antragstellers

S 7