

# Pferdewirt - B 7



Versicherungsscheinnr: /  
Versicherte Person:  
Geburtsdatum:  
Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

### 1. Welche Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen?

- Pferdewirt                      Schwerpunkt  Pferdezucht und -haltung
- Pferdewirtschaftsmeister                       Reiten
- Rennreiten
- Trabrennfahren
- Sonstiger: \_\_\_\_\_
  
- Andere - Welche? \_\_\_\_\_

### 2. Sind Sie

- Angestellt                      Art des Betriebes \_\_\_\_\_  
Seit: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)
  
- Selbständig                      Art des Betriebes \_\_\_\_\_  
Seit: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)  
Anzahl der ständig Beschäftigten: \_\_\_\_\_

### 3. Welche Tätigkeiten üben Sie im Einzelnen aus (mit Angabe der %-Verteilung)?

- 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 \_\_\_\_\_ %
- Sonstige - Welche? \_\_\_\_\_ %

### 4. An welchen Wettbewerben nehmen Sie aktiv teil (Angabe der Anzahl / Jahr)?

- Dressurprüfungen \_\_\_\_\_ /Jahr
- Springprüfungen Klasse \_\_\_\_\_ /Jahr
- Vielseitigkeitsprüfungen (inkl. Geländereiten, Military) \_\_\_\_\_ /Jahr
- Galopprennen/Flachbahn \_\_\_\_\_ /Jahr
- Hindernisrennen \_\_\_\_\_ /Jahr
- Trabrennen \_\_\_\_\_ /Jahr
- Sonst. reitsportliche Wettkämpfe - Welche? \_\_\_\_\_

5. Leiden oder litten Sie jemals an Gesundheitsstörungen, die Sie bei der Ausübung Ihres Berufes (ggf. einschließlich der Wettbewerbe) beeinträchtigt(en) (auch kurzzeitig)?

nein

ja - bitte nähere Angaben (Art, Ausmaß, Dauer, Zeitpunkt der Gesundheitsstörungen, Art der Behandlung, Folgen, Behandler):

---

---

6. Wurde Ihnen schon einmal aus gesundheitlichen oder disziplinarischen Gründen die Reitlizenz entzogen?

nein

ja - Grund: \_\_\_\_\_

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

B 7