

Fragebogen: Reitsport

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. Seit wann und in welchem Umfang üben Sie den Reitsport aus?

Datum:

- Lehrer / Trainer / Ausbilder
 Ehrenamtlich
 Nebenberuflich
 Hauptberuflich
 Freizeitsportler
 Profi

2. Welche Reitsportarten üben Sie aus?

- | | | | |
|---|-------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Freizeitreiten | Ausübungsintensität pro Monat | <input type="checkbox"/> <= 40 Stunden | <input type="checkbox"/> > 40 Stunden |
| | Ausbildung von Pferden | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Westernreiten | Ausübungsintensität pro Monat | <input type="checkbox"/> <= 40 Stunden | <input type="checkbox"/> > 40 Stunden |
| | Ausbildung von Pferden | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
- Dressurreiten
 Distanzreiten
 Voltigieren
 Polo
 Rodeo
 Vielseitigkeitsreiten (Military)
 Springreiten
 Hindernisrennen Welche genau? _____
 Flachrennen Welche genau? _____
 Trabrennen
 Sonstige _____

3. Benötigen Sie zur Ausübung Ihrer sportlichen Betätigung eine Lizenz?

- Ja Nein

Wenn ja, welche:

Fragebogen: Reitsport

B

4. Nehmen Sie aktiv an Wettbewerben teil?

Ja Nein

Wenn ja, in welchen Disziplinen und Wettbewerbsklassen?

_____ Anzahl pro Jahr: _____

_____ Anzahl pro Jahr: _____

_____ Anzahl pro Jahr: _____

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

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

Ja Nein

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

6. Bewirken diese Folgen eine Minderung Ihrer beruflichen Leistung?

Ja Nein

Wenn ja, machen Sie bitte Angaben über den Grad Ihrer beruflichen Behinderung:

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person