

Swiss Life AG
85746 Garching b. München

FRAGEBOGEN Reitsport

Versicherung Nr. _____
 Versicherungsnehmer _____
 Versicherte Person _____

1. In welcher Weise üben Sie den Reitsport aus?

- Hobby
 Amateur
 beruflich

2. Welche Reitsportarten üben Sie aus?

(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reiten | <input type="checkbox"/> Trabrennfahren |
| <input type="checkbox"/> Westernreiten | <input type="checkbox"/> Hindernisrennen |
| <input type="checkbox"/> Dressurreiten | <input type="checkbox"/> Rodeoreiten |
| <input type="checkbox"/> Springreiten | <input type="checkbox"/> Vielseitigkeit/Military |
| <input type="checkbox"/> Rennreiten | <input type="checkbox"/> Polo |
| <input type="checkbox"/> andere | _____ |

3. Benötigen Sie zur Ausübung Ihrer Reitsportart eine Lizenz?

- ja, welche _____

 nein

4. Nehmen Sie an Wettkämpfen/Wettbewerben teil? (Mehrfachnennungen möglich)

- ja wie häufig
- | | | |
|--|-------|----------|
| <input type="checkbox"/> Dressurturniere | _____ | pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> Springturniere | _____ | pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> Galopprennen | _____ | pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> Trabrennen | _____ | pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> Hindernisrennen | _____ | pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> Vielseitigkeit/Military | _____ | pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> Westernreiten | _____ | pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> Rodeoreiten | _____ | pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> sonstige | _____ | pro Jahr |
| | _____ | pro Jahr |
| | _____ | pro Jahr |
- nein

FRAGEBOGEN Reitsport

Versicherung Nr. _____

Versicherte Person _____

**5. Erlitten Sie im Rahmen Ihrer reitsportlichen
Betätigung Verletzungen oder Unfälle?**

ja, welche

Art, Zeitpunkt, Behandlung, Dauer

etwaige Folgen

behandelnder Arzt mit vollständiger Anschrift

nein

Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhaft Verletzung dieser Pflichten kann für den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, z. B. den Verlust des Versicherungsschutzes oder die Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Bei Firmen ist der Firmenstempel zwingend erforderlich
(ersatzweise die vollständige Bezeichnung der Firma)

Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte Person

Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter