

Beratung durch:

Hopfauer Versicherungsmakler GmbH & Co. KG
Luitpoldstraße 45 • 97421 Schweinfurt
Tel.: 09721 / 89044 • Fax: 09721 / 81603
info@hopfauer.de
http://www.hopfauer.de

Versicherungsnehmer:

Herr
Max Mustermann

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011

Persönlicher Ansprechpartner:

Herr Marco Hopfauer
Fax: 09721 / 4764862
marco@hopfauer.de

Zu versichernde Person	
Vorname, Nachname	Max Mustermann
Geburtsdatum	
Angaben zum Beruf	
Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus?	
Beruflicher Schwerpunkt	<input type="checkbox"/> Pferdezucht und -haltung <input type="checkbox"/> Reiten <input type="checkbox"/> Rennreiten <input type="checkbox"/> Trabrennfahrten <input type="checkbox"/> andere: <input type="text"/>
Arbeiten Sie in einem Betrieb als Arbeitnehmer?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte Art des Betriebes und Tätigkeitsdauer im Betrieb angeben: <input type="text"/>
Arbeiten Sie als Selbständiger im eigenen Betrieb?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte Art des Betriebes und Anzahl der ständig Beschäftigten angeben: <input type="text"/>
Wie setzen sich Ihre Tätigkeitsfelder zusammen?	<input type="checkbox"/> Zucht und Haltung: <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> Ausbildung und Training: <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> Bereiter, Reitleher, Reitausbildung: <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> Unterweisung und Anleitung von Reitern / Fahrern als Trainer: <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> Aktive Teilnahme an Wettbewerben: <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> Pferdepfleger, Futtermeister, Züchter: <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> andere: <input type="text"/> : <input type="text"/> %

<p>An welchen Wettbewerben nehmen Sie aktiv teil und wie oft pro Jahr?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Spring- oder Dressurturniere: <input type="checkbox"/> x p.a. <input type="checkbox"/> Galopprennen / Flachbahn: <input type="checkbox"/> x p.a. <input type="checkbox"/> Trabrennen: <input type="checkbox"/> x p.a. <input type="checkbox"/> Hindernisrennen: <input type="checkbox"/> x p.a. <input type="checkbox"/> Vielseitigkeitsprüfungen (Military, Geländereiten): <input type="checkbox"/> x p.a. <input type="checkbox"/> andere: <input type="text"/> : <input type="checkbox"/> x p.a. </p>
<p>Haben Sie bei der Ausübung der reitsportlichen Betätigung bereits Unfälle erlitten?</p>	<p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Art, Zeitpunkt und gesundheitliche Folgen angeben: <input type="text"/> </p>
<p>Wurde Ihre Reitlizenz wegen gesundheitlicher oder diziplinarischer Gründe bereits einmal eingezogen?</p>	<p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, weshalb? <input type="text"/> </p>
<p>Unterschrift</p>	<p>_____</p> <p>Ort, Datum, Unterschrift</p>
<p>Rev002 vom 21.10.2009</p>	

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011