

# Katzen-Kranken- und OP-Versicherung



Zweck:

Versicherungsnummer:

Vom Vermittler auszufüllen! Agt.-Nr. 1:  Agt.-Nr. 2:

## Versicherungsnehmer

Vorname:  Nachname:  Geburtsdatum:   
PLZ:  Wohnort:  Straße:  Hausnr.:   
Telefon:  Mobil:  E-Mail:

## Lastschriftmandat Gläubiger-ID: DE95ZZZ00000111555

Lastschriftmandat gilt nicht

Es wird widerruflich ermächtigt, die Beiträge bei Fälligkeit zu Lasten des angegebenen Kontos einzuziehen. Dies gilt auch für Ersatzverträge.

IBAN:  Geldinstitut:

Abweichender Kontoinhaber: Vorname:  Nachname:   
Straße:  Hausnr.:  PLZ:  Ort:  Datum:   
Unterschrift des Kontoinhabers (digital oder handschriftlich)

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Mandatsreferenz (=Versicherungs-Nr.) wird mir separat mitgeteilt.

## Versicherungsschutz 1. Tier:

### Operationsversicherung

Leistungen:	<input type="checkbox"/> Basisschutz	<input type="checkbox"/> Komfortschutz	<input type="checkbox"/> Premiumschutz	<input type="checkbox"/> Basisschutz	<input type="checkbox"/> Komfortschutz	<input type="checkbox"/> Premiumschutz
Kostenerstattungssatz nach GOT	bis 3-fach	bis 3-fach	bis 3-fach	bis 3-fach	bis 3-fach	bis 3-fach
Jahreshöchstleistung	2.500 €	3.500 €	unbegrenzt	2.500 €	3.500 €	unbegrenzt
Vorsorgemaßnahmen	25 €	30 €	50 €	50 €	60 €	100 €

### Krankenversicherung inkl. Operationsversicherung

Selbstbeteiligung:  10 %  20 %

Zusatzleistungen:  Bestattungskosten / Suche, Bergung Versicherungssumme:

Vertragsbeginn:  Zahlungsweise:  Laufzeit: 1 Jahr, jährliche automatische Verlängerung.\*

Beitrag gemäß Zahlungsweise (inkl. Vers.-Steuer):

Ich bin **privater Katzenhalter** und nutze die Katze **nur für private Zwecke**.  Ja  Nein

Angaben zum Tier: Name:  Rasse:  Tato-/Chipnummer:   
Geb.-datum:  Geschlecht:  Fellfarbe:  Haltungform:

Gesundheitsfragen: Ich bestätige, dass die Katze gesund und unversehrt ist und keine Anzeichen chronischer oder rassespezifischer Erkrankungen vorliegen, die künftig eine medizinische Behandlung erfordern würden.  Ja  Nein

Ich bestätige, dass die Katze in den letzten sechs Monaten nicht operiert wurde und keine Operationen oder Heilbehandlungen erforderlich oder ärztlich angeraten sind.  Ja  Nein

Anzahl der Operationen in den letzten drei Jahren:  Gesamtkosten:

Vorversicherung: Besteht oder bestand für die zu versichernde Katze bereits anderweitig Versicherungsschutz?  Ja  Nein

Durch wen wurde gekündigt?  Kündigungsdatum:

Gemeinnützige Haftpflicht-Versicherungsanstalt  
Anstalt des öffentlichen Rechts

Hausanschrift:  
GHV VERSICHERUNG  
Bartningstraße 59  
64289 Darmstadt

Kontakt:  
06151 3603-0  
info@ghv-versicherung.de  
www.ghv-versicherung.de

Gläubiger-ID: DE95ZZZ00000111555  
USt-ID-Nr.: DE114107069  
Vers.St-Nr.: 807/V90807010692

**Versicherungsschutz 2. Tier: Operationsversicherung**

**Krankenversicherung inkl. Operations-Versicherung**

Leistungen:  Basisschutz  Komfortschutz  Premiumschutz  Basisschutz  Komfortschutz  Premiumschutz

Selbstbeteiligung:  10 %  20 %

Zusatzleistungen:  Bestattungskosten / Suche, Bergung Versicherungssumme: \_\_\_\_\_

Vertragsbeginn: \_\_\_\_\_ Zahlungsweise: \_\_\_\_\_ Laufzeit: 1 Jahr, jährliche automatische Verlängerung.\*

Beitrag gemäß Zahlungsweise (inkl. Vers.-Steuer): \_\_\_\_\_

Ich bin **privater Katzenhalter** und nutze die Katze **nur für private Zwecke**.  Ja  Nein

Angaben zum Tier: Name: \_\_\_\_\_ Rasse: \_\_\_\_\_ Tätö-/Chipnummer: \_\_\_\_\_

Geb.-datum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_ Fellfarbe: \_\_\_\_\_ Haltungform: \_\_\_\_\_

**Gesundheitsfragen:** Ich bestätige, dass die Katze gesund und unversehrt ist und keine Anzeichen chronischer oder rassespezifischer Erkrankungen vorliegen, die künftig eine medizinische Behandlung erfordern würden.  Ja  Nein

Ich bestätige, dass die Katze in den letzten sechs Monaten nicht operiert wurde und keine Operationen oder Heilbehandlungen erforderlich oder ärztlich angeraten sind.  Ja  Nein

Anzahl der Operationen in den letzten drei Jahren: \_\_\_\_\_ Gesamtkosten: \_\_\_\_\_

**Vorversicherung:** Besteht oder bestand für die zu versichernde Katze bereits anderweitig Versicherungsschutz?  Ja  Nein

Durch wen wurde gekündigt? \_\_\_\_\_ Kündigungsdatum: \_\_\_\_\_

**Versicherungsschutz 3. Tier: Operationsversicherung**

**Krankenversicherung inkl. Operations-Versicherung**

Leistungen:  Basisschutz  Komfortschutz  Premiumschutz  Basisschutz  Komfortschutz  Premiumschutz

Selbstbeteiligung:  10 %  20 %

Zusatzleistungen:  Bestattungskosten / Suche, Bergung Versicherungssumme: \_\_\_\_\_

Vertragsbeginn: \_\_\_\_\_ Zahlungsweise: \_\_\_\_\_ Laufzeit: 1 Jahr, jährliche automatische Verlängerung.\*

Beitrag gemäß Zahlungsweise (inkl. Vers.-Steuer): \_\_\_\_\_

Ich bin **privater Katzenhalter** und nutze die Katze **nur für private Zwecke**.  Ja  Nein

Angaben zum Tier: Name: \_\_\_\_\_ Rasse: \_\_\_\_\_ Tätö-/Chipnummer: \_\_\_\_\_

Geb.-datum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_ Fellfarbe: \_\_\_\_\_ Haltungform: \_\_\_\_\_

**Gesundheitsfragen:** Ich bestätige, dass die Katze gesund und unversehrt ist und keine Anzeichen chronischer oder rassespezifischer Erkrankungen vorliegen, die künftig eine medizinische Behandlung erfordern würden.  Ja  Nein

Ich bestätige, dass die Katze in den letzten sechs Monaten nicht operiert wurde und keine Operationen oder Heilbehandlungen erforderlich oder ärztlich angeraten sind.  Ja  Nein

Anzahl der Operationen in den letzten drei Jahren: \_\_\_\_\_ Gesamtkosten: \_\_\_\_\_

**Vorversicherung:** Besteht oder bestand für die zu versichernde Katze bereits anderweitig Versicherungsschutz?  Ja  Nein

Durch wen wurde gekündigt? \_\_\_\_\_ Kündigungsdatum: \_\_\_\_\_

\* Sie oder wir können den Vertrag zum Ende der vereinbarten Dauer kündigen. Sie können den Vertrag nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres auch täglich kündigen; in diesem Fall wird die Kündigung wirksam, wenn sie bei uns eingeht oder zu einem von Ihnen bestimmten späteren Tag.

**Bevor Sie unterschreiben: Lesen Sie bitte die umseitigen Schlusserklärungen und wichtigen Hinweise. Sie machen diese mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt des Vertrages.** Sofern es sich um einen Antrag handelt, bestätige ich, dass ich die Vertragsgrundlagen (siehe Rückseite) erhalten habe. Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz gegebenenfalls vor Ende der Widerrufsfrist beginnt (siehe Kundeninformation). Ich habe die vorstehenden Fragen vollständig gelesen und wahrheitsgetreu beantwortet. Ich bestätige die Einhaltung der Annahmeveraussetzungen. Mir ist bekannt, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Mir ist bekannt, dass kranke oder krankheitsverdächtige Tiere nicht versichert werden können und dass für Fehler oder Mängel, die bereits bei Versicherungsbeginn vorhanden waren, kein Versicherungsschutz besteht.

**Evtl. weitere Vertragsbestimmungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift des Vermittlers Unterschrift Versicherungsnehmer/in (digital oder handschriftlich)

**Zu berücksichtigen: Beratungsprotokoll bzw. -verzichtserklärung mit Unterschrift des Versicherungsnehmers**

**Gemeinnützige Haftpflicht-Versicherungsanstalt**  
Anstalt des öffentlichen Rechts

**Hausanschrift:**  
GHV VERSICHERUNG  
Bartningstraße 59  
64289 Darmstadt

**Kontakt:**  
06151 3603-0  
info@ghv-versicherung.de  
www.ghv-versicherung.de

Gläubiger-ID: DE95ZZZ00000111555  
USt-ID-Nr.: DE114107069  
Vers.St-Nr.: 807/V90807010692

# Vertragsgrundlagen, Datenschutzerklärung sowie wichtige Hinweise und Erläuterungen

## Tierkrankenversicherung

### Vertragsgrundlagen

Für den Vertrag gelten außer den gesetzlichen Bestimmungen folgende Bedingungen:

- Kundeninformation
- Allgemeine Versicherungsbedingungen Tieroperations- und Tierkrankenversicherung (AVB/TKV)
- Pferde-Krankenversicherung
  - Annahmeveraussetzungen Pferde-OP- und -Krankenversicherung,
  - Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (IPID) Pferde-OP-Versicherung,
  - Besondere Bedingungen Pferde-OP-Versicherung,
  - Besondere Bedingungen Pferde-Krankenversicherung,
  - Besondere Bedingungen Pferde-Bestattungsversicherung, soweit vereinbart.
- Pferde-OP-Versicherung
  - Annahmeveraussetzungen Pferde-OP- und -Krankenversicherung,
  - Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (IPID) Pferde-OP-Versicherung,
  - Besondere Bedingungen Pferde-OP-Versicherung,
  - Besondere Bedingungen Pferde-Bestattungsversicherung, soweit vereinbart.
- Hunde-Krankenversicherung
  - Annahmeveraussetzungen Hunde-OP- und -Krankenversicherung,
  - Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (IPID) Hunde-Krankenversicherung,
  - Besondere Bedingungen Hunde-Krankenversicherung.
- Hunde-OP-Versicherung
  - Annahmeveraussetzungen Hunde-OP- und -Krankenversicherung,
  - Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (IPID) Hunde-OP-Versicherung,
  - Besondere Bedingungen Hunde-OP-Versicherung.
- Katzen-Krankenversicherung
  - Annahmeveraussetzungen Katzen-OP- und -Krankenversicherung,
  - Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (IPID) Katzen-Krankenversicherung,
  - Besondere Bedingungen Katzen-Krankenversicherung,
  - Besondere Bedingungen Katzen-Bestattungsversicherung, soweit vereinbart.
- Katzen-OP-Versicherung
  - Annahmeveraussetzungen Katzen-OP- und -Krankenversicherung,
  - Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (IPID) Katzen-OP-Versicherung,
  - Besondere Bedingungen Katzen-OP-Versicherung,
  - Besondere Bedingungen Katzen-Bestattungsversicherung, soweit vereinbart.

### Kennntisnahme der Vertragsgrundlagen durch den Versicherungsnehmer

Sie haben die Kundeninformation, insbesondere die Informationen zur Datenverarbeitung, die Widerrufsbelehrung und die Allgemeinen Vertragsbedingungen, das Beratungsprotokoll, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, insbesondere die Annahmeveraussetzungen und die Besonderen Versicherungsbedingungen, insbesondere die Informationsblätter, gelesen und sind damit einverstanden.

### Status des Formulars / Aushändigung der Bedingungen

Ist kein Zweck angekreuzt, wird dieses Formular als Angebotsanfrage behandelt. Auch bei der Angebotsanfrage wird der Interessent vereinfachungshalber als Versicherungsnehmer, soweit sinngemäß zutreffend, bezeichnet. Ihnen werden rechtzeitig vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die gesetzlich vorgeschriebenen Informationen in Textform mitgeteilt.

### Nebenabreden

Nebenabreden sind nur dann verbindlich, wenn sie durch Aufnahme in den Versicherungsschein (Nachtrag) genehmigt wurden.

---

## Risikoträger

### Firma, Anschrift und Sitz

GHV VERSICHERUNG ■ Bartningstr. 59 ■ 64289 Darmstadt

### Verwaltungsrat

Jürgen Mertz (Vorsitzender)

### Vorstand

Frank Viebranz (Sprecher)  
Stefan Drizhal  
Ansgar Ritter

### Gläubiger-Identifikationsnummer

DE95ZZ00000111555

### Bankverbindung

Volksbank Kassel Göttingen eG  
IBAN: DE40 5209 0000 0000 4045 00 ■ GENODE51KS1

### Internet

www.ghv-versicherung.de

### USI-ID-Nr.

DE114107069

### VersSt-Nr.

807/V90807010692

### Zuständige Aufsichtsbehörde

Hessisches Ministerium für Wirtschaft, Energie,  
Verkehr und Wohnen  
Referat III6  
Postfach 3129 ■ 65021 Wiesbaden