

Pferde 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: _____ Datum: _____
Straße: _____ Hausnr.: _____ PLZ: _____ Ort: _____ 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

Krankenversicherung inkl. Operationsversicherung

Leistungen:	<input type="checkbox"/> Basisschutz	<input type="checkbox"/> Komfortschutz	<input type="checkbox"/> Premiumschutz	<input type="checkbox"/> Premiumschutz
Kostenerstattungssatz nach GOT	bis 2-fach	bis 2-fach	bis 2-fach	bis 2-fach
Jahreshöchstleistung	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
Bildgebende Verfahren	500 €	1.000 €	unbegrenzt	unbegrenzt

Selbstbeteiligung: ohne 250 € 500 € 1.000 €

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

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

Ich bin **privater Pferdehalter** und nutze das Pferd **nur für private Zwecke**. Ja Nein

Angaben zum Tier: Name: _____ Geb.-datum: _____ Tätö-/Chipnummer: _____
Rasse: _____ Geschlecht: _____ Fellfarbe: _____

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

Ich bestätige, dass das Pferd in den letzten zwölf 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: _____

Bestehen Untugenden, z. B. Koppen? Ja Nein Falls ja, welche: _____

Vorversicherung: Besteht oder bestand für das zu versichernde Pferd 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

Leistungen: Basisschutz Komfortschutz Premiumschutz Premiumschutz

Selbstbeteiligung: ohne 250 € 500 € 1.000 €

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

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

Ich bin **privater Pferdehalter** und nutze das Pferd **nur für private Zwecke**. Ja Nein

Angaben zum Tier: Name: _____ Geb.-datum: _____ Tätö-/Chipnummer: _____
 Rasse: _____ Geschlecht: _____ Fellfarbe: _____

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

Ich bestätige, dass das Pferd in den letzten zwölf 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: _____

Bestehen Untugenden, z. B. Koppen? Ja Nein Falls ja, welche: _____

Vorversicherung: Besteht oder bestand für das zu versichernde Pferd bereits anderweitig Versicherungsschutz? Ja Nein

Durch wen wurde gekündigt? _____ Kündigungsdatum: _____

Versicherungsschutz 3. Tier: Operationsversicherung

Krankenversicherung

Leistungen: Basisschutz Komfortschutz Premiumschutz Premiumschutz

Selbstbeteiligung: ohne 250 € 500 € 1.000 €

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

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

Ich bin **privater Pferdehalter** und nutze das Pferd **nur für private Zwecke**. Ja Nein

Angaben zum Tier: Name: _____ Geb.-datum: _____ Tätö-/Chipnummer: _____
 Rasse: _____ Geschlecht: _____ Fellfarbe: _____

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

Ich bestätige, dass das Pferd in den letzten zwölf 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: _____

Bestehen Untugenden, z. B. Koppen? Ja Nein Falls ja, welche: _____

Vorversicherung: Besteht oder bestand für das zu versichernde Pferd 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 fällig 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: DE95ZZZ0000011555
 USt-ID-Nr.: DE14107069
 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.

Kennntnahme 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