

Antrag auf Operationskosten-Versicherung für Pferde		
Vereinigte Tierversicherung Gesellschaft a.G. Raiffeisenplatz 1; 65189 Wiesbaden Bei <input type="checkbox"/> bitte Zutreffendes ankreuzen.		
<input type="checkbox"/> Neu <input type="checkbox"/> Ersatzantrag für Vertrag:	Maklerhaus:	<b>Michael Gfrerer</b> <b>Hooh-Agentur für Pferdeversicherungen</b>  Kärntner Straße 45 9601 Arnoldstein Österreich
Versicherungsbeginn:		
Agentur-Nummer: 808 / 072 193		
1. Antragssteller (Versicherungsnehmer)		
Anrede Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Eheleute <input type="checkbox"/>	Name	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
Telefonnummer		E-Mail-Adresse
2. Zu versicherndes Pferd		
Name	Geburtsdatum	Geschlecht Stute <input type="checkbox"/> Hengst <input type="checkbox"/> Wallach <input type="checkbox"/>
Rasse	Farbe	Lebens-/Equidenpass-Nummer
<b>Hinweis auf die Rechtsfolgen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht:</b> Bestandteil des Antrags sind einige Fragen an den Versicherungsnehmer. Sie sind als Versicherungsnehmer für die korrekte Beantwortung verantwortlich. Die Antworten sind Grundlage für die weitere Bearbeitung des Antrags und werden Bestandteil des Versicherungsvertrags. Wichtig für uns ist die Angabe aller Ihnen bekannten Umstände, die Einfluss auf den Eintritt des versicherten Risikos haben könnten. Anzugeben sind auch Umstände, die für Sie möglicherweise keine oder nur eine geringe Bedeutung haben. Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig und beantworten Sie diese vollständig und ausführlich. Dazu sind Sie gesetzlich verpflichtet (vorvertragliche Anzeigepflicht). Sie verletzen die vorvertraglichen Anzeigepflichten, wenn Sie z. B. die gestellten Fragen unvollständig oder falsch beantworten. Verletzen Sie Ihre oben beschriebene Anzeigepflicht grob fahrlässig oder vorsätzlich, können wir vom Vertrag zurücktreten. Für den Fall eines fahrlässigen Verstoßes können wir den Vertrag mit einer Frist von einem Monat kündigen. Rücktritts- und Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen hin rückwirkend, bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Sämtliche oben genannte Rechte können wir nicht geltend machen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. <b>Deshalb kontrollieren Sie nochmals, ob alle Fragen vollständig und korrekt beantwortet sind, bevor Sie den Antrag unterschreiben. Dies gilt insbesondere, wenn Ihnen eine andere Person beim Ausfüllen des Antrags geholfen hat.</b>		
Ist das zu versichernde Pferd frei von Mängeln? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn "nein", bitte nähere Angaben		
Wurde das Tier in den letzten 12 Monaten tierärztlich behandelt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn "ja", Datum/Ursache der Behandlung		
Besteht oder bestand eine Vorversicherung (OP-Kosten- / Tierkrankenversicherung)? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn "ja", welche Gesellschaft		
Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller verpflichtet sind, uns die Fragen im Rahmen des Versicherungsantrages vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Im Rahmen der Risikoprüfung kann zur Überprüfung von Schadenfreiheitsrabatten, insbesondere der Schadenfreiheitsklassen in der Kfz-Haftpflichtversicherung und Vollkaskoversicherung, sowie zur Ergänzung oder Verifizierung der Angaben der Antragsteller oder Versicherten notwendig sein, Informationen mit einem Vorversicherer auszutauschen.		
3. Umfang der Versicherung (Bitte wählen Sie unten durch ankreuzen den gewünschten Versicherungsumfang. Sie haben die Wahl zwischen Premium mit oder ohne Deckungserweiterung und Basis		
Versicherungsschutz besteht, wenn eine Veränderung des Gesundheitszustandes während der Vertragslaufzeit auftritt, die einen chirurgischen Eingriff unter Vollnarkose (Operation) erforderlich macht und diese Operation in einer Klinik durchgeführt wird (§ 2 Nr.1 AVB OPK). Abweichend von § 8 der AVB OPK der VTV gilt eine Wartezeit von einem Monat für Kolik-Operationen und eine Wartezeit von drei Monaten für alle anderen versicherten Operationen.		
<b>3.1 Premium MIT Deckungserweiterung</b>	Jahresbeitrag inkl. Versicherungssteuer / 3-jährige Laufzeit	194,81 EUR <input type="checkbox"/>
	Jahresbeitrag inkl. Versicherungssteuer / 1-jährige Laufzeit	216,45 EUR <input type="checkbox"/>
Der Versicherungsschutz umfasst eine Kostenbeteiligung bis zu <b>3.000,- EUR</b> bei Operationen zur Behandlung von Magen-Darm-Koliken, Operationen mit Eröffnung der Brust- oder Bauchhöhle und Operationen zur Behandlung von Frakturen sowie eine Kostenbeteiligung bis zu <b>1.000,- EUR</b> bei Operationen zur Entfernung von Tumoren, von Organen oder Organteilen, Zahn- und Kieferoperationen, Operationen von unfallbedingten und akuten Sehnen-, Bänder- und Muskelrissen und Wunden, alle sonstigen Operationen zur Behandlung von akuten und lebensbedrohlichen Verletzungen und Erkrankungen und Operationen zur Geburtshilfe (§2 Nr.2 AVB OPK).		
<b>Deckungserweiterung: Der Versicherungsschutz umfasst abweichend von §2 Nr. AVB OPK eine Kostenbeteiligung bis zu 5.000,- EUR für Kolik-Operationen. Zahn- und Kieferoperationen in einer Klinik sind auch unter Standnarkose mitversichert.</b>		
Jahreshöchstschädigung: 25.000,- EUR		
<input type="checkbox"/> <b>Verzicht auf die Deckungserweiterung:</b>	Jahresbeitrag inkl. Versicherungssteuer / 3-jährige Laufzeit	149,85 EUR <input type="checkbox"/>
	Jahresbeitrag inkl. Versicherungssteuer / 1-jährige Laufzeit	166,50 EUR <input type="checkbox"/>
<b>3.2 Basis</b>	Jahresbeitrag inkl. Versicherungssteuer / 3-jährige Laufzeit	79,92 EUR <input type="checkbox"/>
	Jahresbeitrag inkl. Versicherungssteuer / 1-jährige Laufzeit	88,80 EUR <input type="checkbox"/>
Der Versicherungsschutz umfasst eine Kostenbeteiligung bis zu <b>1.500,- EUR</b> bei Operationen zur Behandlung von Magen-Darm-Koliken, Operationen mit Eröffnung der Brust- oder Bauchhöhle und Operationen zur Behandlung von Frakturen sowie eine Kostenbeteiligung bis zu <b>500,- EUR</b> bei Operationen zur Entfernung von Tumoren, von Organen oder Organteilen, Zahn- und Kieferoperationen, Operationen von unfallbedingten und akuten Sehnen-, Bänder- und Muskelrissen und Wunden, alle sonstigen Operationen zur Behandlung von akuten und lebensbedrohlichen Verletzungen und Erkrankungen und Operationen zur Geburtshilfe (§2 Nr.2 AVB OPK).		
Jahreshöchstschädigung: 10.000,- EUR		
<b>Beitrag jeweils abzüglich 5%-Bündelrabatt bei OEPS - Mitgliedschaft:</b> OEPS-Mitglied Nr. _____ Persönl. Mitglied / Mitgliedsbetrieb OEPS <input type="checkbox"/>		

**4. Schweigepflichtentbindungserklärung**

Ich ermächtige meine Tierärzte, ohne Rücksicht auf Ihre Schweigepflicht, dem Versicherer über meinen Tierbestand in allen Versicherungsangelegenheiten Auskunft zu erteilen sowie ihm Untersuchungsergebnisse bildgebender Verfahren des versicherten Tieres vorzulegen, soweit dies zur Prüfung des Antrags oder der Leistungspflicht erforderlich ist.

**5. SEPA-Lastschriftmandat**

Im Zuge des einheitlichen Euro-Zahlungsverkehrs (SEPA) gibt es für jeden Zahlungsempfänger eine Gläubiger-Identifikationsnummer.

Die der R+V Vereinigte Tierversicherung G.a.G. lautet: DE0900500000136092.

Zusammen mit der Mandatsreferenz, die wir Ihnen gesondert mitteilen, ist eine eindeutige Identifizierung des (SEPA-)Lastschriftmandats gegeben.

IBAN	
------	--

Der Kontoinhaber ist der Versicherungsnehmer

Der Kontoinhaber ist nicht der Versicherungsnehmer

**Adresse des Kontoinhabers: nur erforderlich, wenn dieser vom Versicherungsnehmer abweicht**

Anrede			
Frau <input type="checkbox"/>			
Herr <input type="checkbox"/>			
Eheleute <input type="checkbox"/>	Name	Vorname	Geburtsdatum

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Staatsangehörigkeit
--------------------	----------	---------------------

Ich ermächtige Sie Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**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. Spätestens fünf Tage vor der SEPA-Lastschrift informiert der Zahlungsempfänger über Abbuchungstermin und Beitrag.

Ort Datum Unterschrift des Kontoinhabers

**6. Schlusserklärung**

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

1. Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.
2. Ich kann der Verarbeitung oder Nutzung meiner personenbezogenen Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- oder Meinungsforschung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widersprechen.
3. Schließlich erklären die Vertragsbeteiligten, dass ihnen die Möglichkeit gegeben wurde, von dem Merkblatt zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen.

**7. Maklervollmacht**

Ich bevollmächtige den oben genannten Versicherungsmakler bis zum möglichen Versicherungsabschluss für mich im Zusammenhang mit dem angestrebten Versicherungsvertrag Willenserklärungen abzugeben und entgegenzunehmen, insbesondere auch den Versicherungsvertrag in meinem Namen abzuschließen.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers, falls erforderlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (z.B. Minderjähriger Versicherungsnehmer)

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Vermittlers