

Antrag zur Operationskostenversicherung für Pferde

Vereinigte Tierversicherung Gesellschaft a. G., Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden

Neuantrag Ersatzantrag für Vertrag:

Pferde - versichern . at

Versicherungsbeginn:

Szvetecz & Partner Vers. Makler KG
Alkersdorferstraße 25A, 2561 Hemstein
Tel. 02633/47548, Fax 02633/47348
E-Mail: office@pferde-versichern.at

Agentur-Nummer: **808 / 338156**

1. Antragsteller (Versicherungsnehmer)

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Titel, Nachname, Vorname		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		

Hinweis auf die Rechtsfolgen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht.

Bestandteil des Antrages sind einige Fragen an den Versicherungsnehmer. Sie sind als Versicherungsnehmer für die korrekte Beantwortung verantwortlich. Die Antworten sind Grundlage für die weitere Bearbeitung des Antrages und werden Bestandteil des Versicherungsvertrages. 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 vorvertragliche Anzeigepflicht, 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 vertretenen Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Sämtliche oben genannten Rechte können wir nicht geltend machen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

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 Antrages geholfen hat.

Ist das zu versichernde Pferd gesund? Können Sie bestätigen, dass

- es in den letzten 6 Monaten keine Dauermedikation oder tierärztliche Behandlung gab
- Ihr Pferd in den letzten 12 Monaten nicht operiert wurde und aktuell keine Operation ansteht
- Ihr Pferd bislang nicht aufgrund einer Kolik operiert wurde
- keine Mängel, Fehlbildungen oder klinischen Symptome vorliegen

Ja Nein Wenn „Nein“, bitte nähere Angaben

Besteht oder bestand eine Vorversicherung (OP-Kosten / Tierkrankenversicherung / Tierlebenversicherung)?

Ja Nein Wenn „Ja“ welche Gesellschaft?

3. Versicherungsumfang (bitte durch Ankreuzen auswählen ☒)	<input type="checkbox"/> Basis	<input type="checkbox"/> Premium	<input type="checkbox"/> Exzellent
versicherte Operationen in und außerhalb einer Tierklinik			
Operationen von Magen-Darm-Koliken	bis EUR 1.500,00	unbegrenzt	unbegrenzte Kostenbeteiligung für alle Operationen
Operationen mit Eröffnung der Brust- oder Bauchhöhle	bis EUR 1.500,00	bis EUR 4.000,00	
Operationen zur Behandlung von Frakturen	bis EUR 1.500,00	bis EUR 4.000,00	
Operationen zur Entfernung von Tumoren, von Organen oder Organteilen	bis EUR 500,00	bis EUR 1.500,00	
Zahn- und Kieferoperationen sowie Wurzelbehandlungen	bis EUR 500,00	bis EUR 1.500,00	
Operationen unfallbedingter und akuter Sehnen-, Bänder-, Muskelrisse u. Wunden	bis EUR 500,00	bis EUR 1.500,00	
Operationen zur Behandlung von akuten, lebensbedrohlichen Verletzungen und Erkrankungen	bis EUR 500,00	bis EUR 1.500,00	
Operationen zur Geburtshilfe	bis EUR 500,00	bis EUR 1.500,00	
Operationen am Fesselringband	x	x	
Endoskopische Operationen an Sehnen, Sehnenscheiden; an Brust- und Bauchhöhle; am Harn- und Geschlechtsstrakt	x	x	
Chip-Operationen (unfallbedingte Chips und OCD (Osteochondrosis dissecans))	x	x	
Arthroskopie und Arthrotomie	x	x	

Nachsorge nach der Operation bis	15 Tage	15 Tage	15 Tage
Kosten für Einschläferung im Rahmen einer OP	mitversichert	mitversichert	mitversichert
Notfallgebühr, wenn diese erhoben wird	mitversichert	mitversichert	mitversichert
Jahreshöchstentschädigung	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
alle versicherten Operationen	Voll-, Standnarkose und Sedierung	Voll-, Standnarkose und Sedierung	Voll-, Standnarkose und Sedierung
Geltungsbereich	Europa	Europa	Weltweit
Wartezeiten	bei Kolik-Operationen	5 Tage	5 Tage
	bei allen sonstigen versicherten Operationen	3 Monate	3 Monate
	bei allen unfallbedingten Operationen	3 Monate	3 Monate
	bei Chip-Operationen	x	x
Beitrag und Laufzeit (bitte durch Ankreuzen auswählen ☑)			
Jahresbeitrag inkl. 11% Versicherungssteuer mit 3-jähriger Laufzeit	<input type="checkbox"/> EUR 113,89	<input type="checkbox"/> EUR 304,56	<input type="checkbox"/> EUR 492,53
Jahresbeitrag inkl. 11% Versicherungssteuer mit 1-jähriger Laufzeit	<input type="checkbox"/> EUR 126,54	<input type="checkbox"/> EUR 338,41	<input type="checkbox"/> EUR 547,36

4. Nachlass

5% Nachlass für OEPS-Mitglieder und Mitglieder eines Reitvereins Mitglieds-Nr. oder Name Reitverein: _____

5. Zahlungsweise **Zahlungsart**

jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich Bankeinzug

6. 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 _____ BIC _____

Der Kontoinhaber ist der Versicherungsnehmer.
 Der Kontoinhaber ist nicht der Versicherungsnehmer.

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

Frau Herr Firma Titel, Nachname, Vorname

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Ich ermächtige den Versicherer, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Versicherung 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 Betrag.

Ort, Datum _____ Unterschrift des Kontoinhabers _____

7. Zustandekommen des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag kommt erst mit Zugang der Police oder einer gesonderten Annahmeerklärung zustande. Vor diesem Zeitpunkt besteht kein Versicherungsschutz, soweit nicht schriftlich vorläufige Deckung zugesagt wurde. Ist ein späterer Beginn der Versicherung beantragt, so besteht Versicherungsschutz frühestens ab diesem Zeitpunkt.

8. Schweigepflichtentbindungserklärung und Information iSd DSGVO und TKG zur Datenverarbeitung des Versicherers

Der Antragsteller ermächtigt seine Tierärzte, dem Versicherer über seinen Tierbestand Auskunft zu erteilen sowie ihm Untersuchungsergebnisse bildgebender Verfahren des versicherten Tieres vorzulegen, soweit dies zur Prüfung des Antrages oder der Leistungspflicht erforderlich ist.
Der Antragsteller stimmt ausdrücklich und unter Möglichkeit jederzeitigen Widerrufs zu, dass der Versicherer die mit der beantragten Versicherung im Zusammenhang stehenden Personenidentifikations- und Versicherungsfalldaten zum Zweck der Antragsbearbeitung, Risikoprüfung, Polizzierung, Vertragsverwaltung und Bearbeitung von Leistungsfällen automationsunterstützt verarbeitet und verwendet und zu Informations- und Werbezwecken zur Kontaktaufnahme per E-Mail, Fax, Telefon und SMS berechtigt ist. Diese Einwilligung kann der Antragsteller jederzeit schriftlich widerrufen.

9. Verbraucherinformationen und Informationen iSd DSGVO und TKG des Versicherungsmaklers

Registereintragung: Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung u. Wirtschaft, Abt. I/7, Stubenring 1, 1010 Wien. www.gisa.gv.at/versicherungsvermittlerregister; GISA (Versicherungsvermittlerregister): GISA-Zahl 12123247
Beschwerdestelle: Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft, Abt. I/7, Stubenring 1, 1010 Wien. www.bmwf.gv.at/
Beteiligungen: Der Versicherungsmakler ist an keinem Versicherungsunternehmen beteiligt und es besteht keine Beteiligung eines Versicherungsunternehmens am Versicherungsmakler.

Information über den Zugang von Erklärungen: Nachrichten erreichen den Versicherungsmakler rechtswirksam innerhalb der Bürozeiten Montag bis Freitag 09.00 Uhr bis 17.00 Uhr. Erklärungen des Versicherungskunden reisen auf dessen Gefahr und der Versicherungskunde trägt das Risiko bei der Kommunikation, insbesondere im Rahmen der elektronischen Kommunikation. Im Zweifelsfall ist der Versicherungskunde dazu angehalten, den Zugang seiner Erklärung telefonisch zu erfragen.

Datenverarbeitung: Der Antragsteller stimmt ausdrücklich zu, dass die von ihm im Rahmen der Auftragserteilung bekannt gegebenen personenbezogenen Daten automationsunterstützt vom Versicherungsmakler verarbeitet werden. Diese Daten werden ausschließlich in Erfüllung der vertraglichen Verpflichtung an Dritte weitergegeben. Der Antragsteller wird hiermit darüber aufgeklärt, dass er ein jederzeitiges Recht auf Auskunft und auf Löschung seiner personenbezogenen Daten hat. Ein datenschutzrechtliches Auskunftsbegehren ist unter Beilegung eines Identitätsnachweises an die E-Mailadresse bzw. an die Postadresse des Versicherungsmaklers zu richten.

Kommunikation: Der Antragsteller stimmt ausdrücklich zu, dass der angegebene Versicherungsmakler zu Informations- und Werbezwecken zur Kontaktaufnahme per Fax, E-Mail, Telefon und SMS berechtigt ist. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

10. Rücktrittsbelehrung gemäß § 5c Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)

Der Antragsteller kann vom Versicherungsvertrag innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in geschriebener Form (z. B. Brief, Fax, E-Mail) zurücktreten. Die Rücktrittsfrist beginnt mit der Verständigung vom Zustandekommen des Versicherungsvertrages (Zusendung der Polizza bzw. des Versicherungsscheines), jedoch nicht vor Erhalt der Polizza bzw. des Versicherungsscheines und der Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung und dieser Belehrung über das Rücktrittsrecht.

Die Rücktrittserklärung ist zu richten an R+V Allgemeine Versicherung AG, Niederlassung Österreich, Wilhelmstraße 68, 1120 Wien, E-Mail: info@ruv.at, Fax: +43 (1) 810 5333 100. Zur Wahrung der Rücktrittsfrist reicht es aus, dass die Rücktrittserklärung vor Ablauf der Rücktrittsfrist abgesendet wird. Die Erklärung ist auch wirksam, wenn diese in den Machtbereich des Versicherungsmaklers gelangt.

Mit dem Rücktritt enden ein allfällig bereits gewährter Versicherungsschutz und künftige Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag. Wurde seitens des Versicherers bereits Deckung gewährt, so gebührt diesem eine der Deckungsdauer entsprechende Prämie. Wurden vom Antragsteller bereits Prämien an den Versicherer geleistet, die über diese Prämie hinausgehen, so sind diese ohne Abzüge zurückzuzahlen. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Erhalt der Polizza bzw. des Versicherungsscheines einschließlich dieser Belehrung über das Rücktrittsrecht.

11. Beratungserklärung (bitte durch Ankreuzen beantworten ☒)

- Ich habe mich **eigenständig** auf der Homepage des Versicherungsmaklers sowie durch Lesen und Herunterladen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, des Informationsblattes und der Verbraucherinformationen informiert und habe alles verstanden. Ich verzichte ausdrücklich auf eine ausführliche Beratung.
- Ich wurde **telefonisch** durch den Versicherungsmakler ausführlich beraten und habe mich weiters durch Lesen und Herunterladen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, des Informationsblattes und der Verbraucherinformationen informiert und habe alles verstanden.
- Ich wurde **telefonisch** und durch **Übermittlung eines Angebotes** durch den Versicherungsmakler ausführlich beraten und habe mich weiters durch Lesen der übermittelten Allgemeinen Versicherungsbedingungen, des Informationsblattes und der Verbraucherinformationen informiert und habe alles verstanden.
- Ich wurde durch **Übermittlung eines Angebotes** durch den Versicherungsmakler ausführlich beraten und habe mich weiters durch Lesen der übermittelten Allgemeinen Versicherungsbedingungen, des Informationsblattes und der Verbraucherinformationen informiert und habe alles verstanden.
- Ich wurde **persönlich** und durch **Übergabe eines Angebotes** durch den Versicherungsmakler ausführlich beraten und habe mich weiters durch Lesen der übergebenen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, des Informationsblattes und der Verbraucherinformationen informiert und habe alles verstanden.

12. Gesamtbedarfsanalyse, Gesamtvertretungsauftrag (bitte durch Ankreuzen beantworten, ob gewünscht ☒)

Der Versicherungsmakler weist ausdrücklich darauf hin, dass er für eine Gesamtbedarfsanalyse sowie einen Gesamtvertretungsauftrag in allen Versicherungsangelegenheiten zur Verfügung steht. Der Kunde teilt seinen diesbezüglichen Wunsch durch Ankreuzen wie folgt mit.

- JA**, ich wünsche eine Gesamtbedarfsanalyse sowie einen Gesamtvertretungsauftrag in allen Versicherungsangelegenheiten und eine diesbezügliche Kontaktaufnahme durch den Versicherungsmakler.
- NEIN**, ich wünsche außer der mit diesem Antrag beantragten Versicherungsleistung keine Gesamtbedarfsanalyse und erteile keinen Gesamtvertretungsauftrag in allen Versicherungsangelegenheiten.

Ort, Datum

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

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Vermittlers