

# 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: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers (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

#### 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
... in Notfällen	bis 2-fach	bis 2-fach	bis 4-fach	bis 4-fach
Jahreshöchstleistung	unbegrenzt	unbegrenzt	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 unversehrt 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 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 (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.: 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.

### Kennisnahme 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.

### Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an

GHV VERSICHERUNG - Bereich Tierversicherung, Erdkauter Weg 11, 35394 Gießen

Alternativ kann er per Fax an die Faxnummer **0641 96618805** oder per E-Mail an die E-Mail-Adresse **tierversicherung@ghv-versicherung.de** gerichtet werden.

### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der anhand folgender Formel errechnet werden kann:

Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestand x 1/360 des mitgeteilten Jahresbeitrags.

Die Erstattung zurückzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

### Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

### 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 Vorstand

Jürgen Mertz (Vorsitzender)  
Frank Viebranz (Sprecher)  
Stefan Drizhal  
Ansgar Ritter

### Gläubiger-Identifikationsnummer

DE95ZZZ00000111555

### Bankverbindung

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

### Internet

www.ghv-versicherung.de

### USt-ID-Nr.

DE114107069

### VersSt-Nr.

807/V90807010692

### Zuständige Aufsichtsbehörde

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