

# Hunde-Kranken- und OP-Versicherung



Neuantrag  Änderungsantrag

Versicherungsnummer:

Vom Vermittler auszufüllen!

Agt.-Nr. 1:

Agt.-Nr. 2:

**Versicherungsnehmer**

Firma  Herr/en  Frau/en  Divers

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

PLZ:

Wohnort:

Straße:

Hausnr.:

Telefon<sup>1)</sup>:

Mobil<sup>1)</sup>:

E-Mail:

**Lastschriftmandat** Gläubiger-ID: DE95ZZZ0000111555

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:

Name:

Straße:

Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Datum

Unterschrift Kontoinhaber

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 Tier 1:**

**Operationsversicherung**

**Krankenversicherung inkl. Operationsversicherung**

**Leistungen:**

**Basisschutz**

**Komfortschutz**

**Premiumschutz**

**Basisschutz**

**Komfortschutz**

**Premiumschutz**

Kostenerstattungssatz nach GOT

bis 3-fach

bis 3-fach

**bis 3-fach**

bis 3-fach

bis 3-fach

**bis 3-fach**

... in Notfällen

bis 3-fach

bis 3-fach

**bis 4-fach**

bis 3-fach

bis 3-fach

**bis 4-fach**

Jahreshöchstleistung

2.500 €

3.500 €

**unbegrenzt**

2.500 €

3.500 €

**unbegrenzt**

Vorsorgemaßnahmen

25 €

30 €

**50 €**

50 €

60 €

**100 €**

Tod

---

150 €

**250 €**

---

150 €

**250 €**

Such-, Rettungs-, Bergungskosten

---

---

---

---

150 €

**250 €**

**Selbstbeteiligung:**

ohne  20 %

**Angaben zum Tier:**

Name:

Geb.-datum:

Chip-/Lebens-Nr.:

Rasse:

Geschlecht:

Fellfarbe:

**Vertragsbeginn:**

**Zahlungsweise<sup>2)</sup>:**  jährlich  halbjährlich  vierteljährlich  monatlich

Hauptfälligkeit:

01.01. eines Jahres

Laufzeit: 1 Jahr, jährliche automatische Verlängerung.<sup>3)</sup>

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

Sollten Sie bei unterjähriger Zahlungsweise (monatlich, viertel-/halbjährlich) mit dem Beitrag in Verzug sein, wird der Vertrag automatisch auf jährliche Zahlungsweise umgestellt.

**Erforderliche Antragsfragen zu Tier 1:**

Ich bin **privater Hundehalter** und nutze den Hund **nur für private Zwecke**.  Ja  Nein

Bestand eine Vorversicherung für das Tier?  Ja  Nein

Name des Versicherers:

Vertragsnummer:

Durch wen wurde die Vorversicherung gekündigt?  Versicherer  Versicherungsnehmer

Ablauf des Vertrages:

Ich bestätige, dass für den Hund noch **kein Antrag** auf Versicherungsschutz **abgelehnt** wurde.  Ja  Nein

Ich bestätige, dass das Tier in den letzten drei Jahren keine Operationen hatte.  Ja  Nein

Ich bestätige, dass das Tier in den letzten drei Jahren keine Krankheiten hatte.  Ja  Nein

Ich bestätige, dass bei dem Tier keine akuten Erkrankungen vorliegen.  Ja  Nein

Ich bestätige, dass bei dem Tier keine der folgenden Erkrankungen oder Sachverhalte vorliegen:  Ja  Nein

Chronische Erkrankungen  Ellenbogen- oder Hüftgelenksdysplasie  Epilepsie  Fehlbildungen / Invalidität

Tumore  Schilddrüsenerkrankungen  Untergewicht / Übergewicht  Allergien  Diabetes

Ich bestätige, dass bei dem Tier keine Anzeichen rassespezifischer Erkrankungen vorliegen.  Ja  Nein

Ich bestätige, dass für das Tier keine Operationen erforderlich oder ärztlich angeraten sind.  Ja  Nein

Ich bestätige, dass für das Tier keine Heilbehandlungen erforderlich oder ärztlich angeraten sind.  Ja  Nein

Hat das Tier in den letzten 12 Monaten Medikamente erhalten?  Ja  Nein

Name und Anschrift des Tierarztes:

**Gemeinnützige Haftpflicht-Versicherungsanstalt**

Anstalt des öffentlichen Rechts

Antrag Hund Kranken-OP 2023-004  
Stand: 26. Juli 2023

**Hausanschrift:**

GHV VERSICHERUNG  
Bartningstraße 59  
64289 Darmstadt

**Kontakt:**

06151 3603-188  
vertrag@ghv-versicherung.de  
www.ghv-versicherung.de

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



**Versicherungsschutz Tier 2:** **Operationsversicherung** | **Krankenversicherung inkl. Operationsversicherung**

**Leistungen:**  Basisschutz  Komfortschutz  Premiumschutz |  Basisschutz  Komfortschutz  Premiumschutz

**Selbstbeteiligung:**  ohne  20 %

Angaben zum Tier: Name: \_\_\_\_\_ Geb.-datum: \_\_\_\_\_ Chip-/Lebens-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Rasse: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_ Fellfarbe: \_\_\_\_\_

**Vertragsbeginn:** **Zahlungsweise<sup>2)</sup>:**  jährlich  halbjährlich  vierteljährlich  monatlich

Hauptfälligkeit: 01.01. eines Jahres Laufzeit: 1 Jahr, jährliche automatische Verlängerung.<sup>3)</sup>

**Beitrag gemäß Zahlungsweise** (inkl. Vers.-Steuer): \_\_\_\_\_ Sollten Sie bei unterjähriger Zahlungsweise (monatlich, viertel-/halbjährlich) mit dem Beitrag in Verzug sein, wird der Vertrag automatisch auf jährliche Zahlungsweise umgestellt.

**Erforderliche Antragsfragen zu Tier 2:**

Ich bin **privater Hundehalter** und nutze den Hund **nur für private Zwecke**.  Ja  Nein

Bestand eine Vorversicherung für das Tier?  Ja  Nein

Name des Versicherers: \_\_\_\_\_ Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Durch wen wurde die Vorversicherung gekündigt?  Versicherer  Versicherungsnehmer Ablauf des Vertrages: \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass für den Hund noch **kein Antrag** auf Versicherungsschutz **abgelehnt** wurde.  Ja  Nein

Ich bestätige, dass das Tier in den letzten drei Jahren keine Operationen hatte.  Ja  Nein

Ich bestätige, dass das Tier in den letzten drei Jahren keine Krankheiten hatte.  Ja  Nein

Ich bestätige, dass bei dem Tier keine akuten Erkrankungen vorliegen.  Ja  Nein

Ich bestätige, dass bei dem Tier keine der folgenden Erkrankungen oder Sachverhalte vorliegen:  Ja  Nein  
 Chronische Erkrankungen  Ellenbogen- oder Hüftgelenksdysplasie  Epilepsie  Fehlbildungen / Invalidität  
 Tumore  Schilddrüsenerkrankungen  Untergewicht / Übergewicht  Allergien  Diabetes

Ich bestätige, dass bei dem Tier keine Anzeichen rassespezifischer Erkrankungen vorliegen.  Ja  Nein

Ich bestätige, dass für das Tier keine Operationen erforderlich oder ärztlich angeraten sind.  Ja  Nein

Ich bestätige, dass für das Tier keine Heilbehandlungen erforderlich oder ärztlich angeraten sind.  Ja  Nein

Hat das Tier in den letzten 12 Monaten Medikamente erhalten?  Ja  Nein

Name und Anschrift des Tierarztes: \_\_\_\_\_

<sup>1)</sup> Diese Angaben sind freiwillig.  
<sup>2)</sup> Monatliche Zahlungsweise kann nur gewährt werden, wenn ein SEPA-Mandat vorliegt.  
<sup>3)</sup> 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.



**Erforderliche Antragsfragen zu Tier 1:**

Welche Operationen hatte Ihr Tier in den letzten drei Jahren?

---

Welche Krankheiten hatte Ihr Tier in den letzten drei Jahren?

---

Welche akuten Erkrankungen liegen bei Ihrem Tier vor?

---

Welche Medikamente wurden Ihrem Tier in den letzten 12 Monaten verabreicht/erhält Ihr Tier?

---

**Erforderliche Antragsfragen zu Tier 2:**

Welche Operationen hatte Ihr Tier in den letzten drei Jahren?

---

Welche Krankheiten hat/hatte Ihr Tier in den letzten drei Jahren?

---

Welche akuten Erkrankungen liegen bei Ihrem Tier vor?

---

Welche Medikamente wurden Ihrem Tier in den letzten 12 Monaten verabreicht/erhält Ihr Tier?

---

Bitte füllen Sie die Antragsfragen für die zu versichernden Tiere aus. Ohne diese Angaben ist eine Antragsannahme nicht möglich.

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:** \_\_\_\_\_

Ort	, den		
	Datum	Unterschrift des Vermittlers	Unterschrift Versicherungsnehmer/in

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

# Vertragsgrundlagen, Datenschutzerklärung sowie wichtige Hinweise und Erläuterungen

## 1. Vertragsgrundlagen

Für den Vertrag gelten außer den gesetzlichen Bestimmungen, der Kundeninformation und der Satzung folgende Bedingungen:

- Allgemeine Versicherungsbedingungen Tieroperations- und Krankenversicherung (AVB/TKV).
- Hunde-Krankenversicherung
  - Annahmeveraussetzungen Hunde-OP- und Krankenversicherung,
  - Besondere Bedingungen Hunde-Krankenversicherung.
- Hunde-OP-Versicherung
  - Annahmeveraussetzungen Hunde-OP- und Krankenversicherung,
  - Besondere Bedingungen Hunde-OP-Versicherung.

## 2. Status des Formulars

Ist kein Zweck genannt, wird dieses Formular als Angebotsanfrage behandelt. Auch bei der Angebotsanfrage wird der Interessent vereinfachungshalber als Versicherungsnehmer, soweit sinngemäß zutreffend, bezeichnet.

## 3. Besondere Vereinbarungen

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

## 4. Versicherungssteuer

Die Gesamtbeiträge enthalten die derzeit gültige gesetzliche Versicherungssteuer.

## 5. Datenschutz

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus der Angebotsanfrage oder dem Antrag oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen, Anfrage bzw. Übermittlung von Versichererwechseldaten) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer, an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer und an Assistance-Dienstleistungsunternehmen, die mit Schadenserviceleistungen beauftragt sind, übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen. Ich willige ferner ein, dass der Versicherer meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sowie die Daten aus dem Beratungsprotokoll in Datensammlungen führt und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergibt, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Vertragsangelegenheiten dient. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich die Möglichkeit hatte, in zumutbarer Weise vom Inhalt des vom Versicherer beigefügten Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung widerrufen kann.

## 6. Versicherungsombudsmann als Schlichtungsstelle

Unser Versicherungsunternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann. Sie können deshalb das kostenlose außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Versicherungsombudsmann e. V. | Postfach 080632, 10006 Berlin | Telefon: 0800 3696000 | Telefax: 0800 3699000

E-Mail: [beschwerde@versicherungsombudsmann.de](mailto:beschwerde@versicherungsombudsmann.de) | Internet: [www.versicherungsombudsmann.de](http://www.versicherungsombudsmann.de)

## 7. Zuständige Aufsichtsbehörde

Hessisches Ministerium für Wirtschaft, Energie, Verkehr, Wohnen und ländlichen Raum | Referat III 6 | Postfach 31 29 | 65021 Wiesbaden

## 8. Postanschrift

Postfach 10 09 14 | 64209 Darmstadt

## 9. Bankverbindung

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

# Beratungsdokumentation



Ist der Interessent identisch mit dem Versicherungsnehmer?  Ja  Nein

Versicherungsnummer:

Vom Vermittler auszufüllen!

Agt.-Nr. 1:

Agt.-Nr. 2:

**Interessent**

Firma  Herr/en  Frau/en  Divers

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

PLZ:

Wohnort:

Straße:

Hausnr.:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

Gespräch mit:

Kundenwunsch/-bedarf:

Produktvorschlag:

Ergebnis, z. B. Angebot, Änderung, Wegfall, Einschluss:

Nach Beratung nicht gewünscht:

Die notwendigen Unterlagen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 VVG (Vertragsbestimmungen etc.) wurden ausgehändigt.

Ort

Datum

Unterschrift Kunde

Unterschrift Vermittler

**Gemeinnützige Haftpflicht-Versicherungsanstalt**

Anstalt des öffentlichen Rechts

**Hausanschrift Darmstadt**

GHV VERSICHERUNG  
Bartningstraße 59  
64289 Darmstadt

**Hausanschrift Kassel**

GHV VERSICHERUNG  
Falderbaumstraße 41  
34123 Kassel

**Kontakt**

06151 3603-188  
tkv-vertrag@ghv-versicherung.de  
www.ghv-versicherung.de

Beratungsdokumentation TKV 2023-002-002  
Stand: 1. September 2023

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