

Pferde-OP-Versicherung 2025



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.: _____

Telefon¹⁾: _____ Mobil¹⁾: _____ 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

Leistungen:

Basisschutz

Komfortschutz

Premiumschutz

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

7.500 €

15.000 €

50.000 €

50.000 €

Selbstbeteiligung: ohne 250 € 500 € 1.000 €

Angaben zum Tier: Name: _____ Geb.-datum: _____ Chip-/Lebens-Nr.: _____

Rasse: _____ Geschlecht: _____ Fellfarbe: _____

Vertragsbeginn: _____ **Zahlungsweise²⁾:** jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich

Hauptfälligkeit: 01.01. eines Jahres Laufzeit: 1 Jahr, jährliche automatische Verlängerung.³⁾

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

Seit wann ist das Tier in Ihrem Besitz? _____

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 das Pferd 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 Fehlbildungen / Invalidität Untergewicht / Übergewicht

Ich bestätige, dass bei dem Tier keine Verhaltensstörungen vorlagen oder vorliegen (z. B. Koppen) 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 Pferd Kranken-OP 2025-001
Gültig ab 1. Januar 2025

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

Gläubiger-ID: DE95ZZZ0000111555
USt-ID-Nr.: DE114107069
Vers.St-Nr.: 807/V90807010692

Versicherungsschutz Tier 2:

Operationsversicherung

Krankenversicherung

Leistungen: Basisschutz Komfortschutz Premiumschutz Premiumschutz

Selbstbeteiligung: ohne 250 € 500 € 1.000 €

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

Vertragsbeginn: _____ **Zahlungsweise²⁾:** jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich

Hauptfälligkeit: 01.01. eines Jahres Laufzeit: 1 Jahr, jährliche automatische Verlängerung.³⁾

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

Seit wann ist das Tier in Ihrem Besitz? _____

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 das Pferd 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 Fehlbildungen / Invalidität Untergewicht / Übergewicht

Ich bestätige, dass bei dem Tier keine Verhaltensstörungen vorlagen oder vorliegen (z. B. Koppen) 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: _____

¹⁾ Diese Angaben sind freiwillig.

²⁾ Monatliche Zahlungsweise kann nur gewährt werden, wenn ein SEPA-Mandat vorliegt.

³⁾ 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

Gemeinnützige Haftpflicht-Versicherungsanstalt

Anstalt des öffentlichen Rechts

Antrag Pferd Kranken-OP 2025-001
Gültig ab 1. Januar 2025

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

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

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).
- Pferde-Krankenversicherung
 - Annahmeveraussetzungen Pferde-OP- und Krankenversicherung,
 - Besondere Bedingungen Pferde-OP-Versicherung,
 - Besondere Bedingungen Pferde-Krankenversicherung.
- Pferde-OP-Versicherung
 - Annahmeveraussetzungen Pferde-OP- und Krankenversicherung,
 - Besondere Bedingungen Pferde-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 beigehaltenen 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 | Internet: 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 3603-174
tierversicherung@ghv-versicherung.de
www.ghv-versicherung.de

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

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