Katzen-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[1]: Mobil[1]: 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: 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:

Leistungen:	Operationsversicherung			Krankenversicherung inkl. Operationsversicherung		
	☐ **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	1.500 €	2.500 €	**unbegrenzt**	1.500 €	2.500 €	**unbegrenzt**
Vorsorgemaßnahmen	---	---	---	50 €	75 €	**100 €**

Selbstbeteiligung: ☐ ohne ☐ 10 % ☐ 20 %

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

Rasse: Geschlecht: Fellfarbe:

Vertragsbeginn: **Zahlungsweise[2]:** ☐ 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 Katzenhalter** und halte die Katze **nur für private Zwecke**. ☐ Ja ☐ Nein

Wird die Katze nur in der Wohnung gehalten? (Wohnungskatze) ☐ 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 die Katze 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 der Katze keine der folgenden Erkrankungen oder Sachverhalte vorliegen: ☐ Ja ☐ Nein

○ Chronische Erkrankungen ○ Ellenbogen- oder Hüftgelenksdysplasie ○ Fehlbildungen / Invalidität
○ Nierenerkrankungen ○ Allergien ○ Schilddrüsenerkrankungen ○ Untergewicht / Übergewicht
○ Tumore ○ Zahnerkrankungen ○ 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

Hausanschrift Darmstadt:
GHV VERSICHERUNG
Bartningstraße 59
64289 Darmstadt

Hausanschrift Kassel:
GHV VERSICHERUNG
Falderbaumstraße 41
34123 Kassel

Kontakt:
06151 3603-0
info@ghv-versicherung.de
www.ghv-versicherung.de

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

Antrag Katze Kranken-OP 2026-001
Stand: 1. Oktober 2026

Katzen-Kranken- und OP-Versicherung | Seite 2

Versicherungsschutz Tier 2: Operationsversicherung | Krankenversicherung inkl. Operationsversicherung

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

Selbstbeteiligung: ☐ ohne ☐ 10 % ☐ 20 %

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

Rasse: Geschlecht: Fellfarbe:

Vertragsbeginn: **Zahlungsweise[2]:** ☐ 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 Katzenhalter** und halte die Katze **nur für private Zwecke**. ☐ Ja ☐ Nein

Wird die Katze nur in der Wohnung gehalten? (Wohnungskatze) ☐ 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 die Katze 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 der Katze keine der folgenden Erkrankungen oder Sachverhalte vorliegen: ☐ Ja ☐ Nein

○ Chronische Erkrankungen ○ Ellenbogen- oder Hüftgelenksdysplasie ○ Fehlbildungen / Invalidität
○ Nierenerkrankungen ○ Allergien ○ Schilddrüsenerkrankungen ○ Untergewicht / Übergewicht
○ Tumore ○ Zahnerkrankungen ○ 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:

[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.

Hausanschrift Darmstadt:
GHV VERSICHERUNG
Bartningstraße 59
64289 Darmstadt

Hausanschrift Kassel:
GHV VERSICHERUNG
Falderbaumstraße 41
34123 Kassel

Kontakt:
06151 3603-0
info@ghv-versicherung.de
www.ghv-versicherung.de

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

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 Annahmevoraussetzungen. 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	Datum	Unterschrift des Vermittlers	Unterschrift Versicherungsnehmer/in
, den			

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

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 3603-0
info@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).
   - Katzen-Krankenversicherung
     - Annahmevoraussetzungen Katzen-OP- und Krankenversicherung,
     - Besondere Bedingungen Katzen-Krankenversicherung.
   - Katzen-OP-Versicherung
     - Annahmevoraussetzungen Katzen-OP- und Krankenversicherung,
     - Besondere Bedingungen Katzen-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. **Versicherungsteuer**
   Die Gesamtbeiträge enthalten die derzeit gültige gesetzliche Versicherungsteuer.

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 bereitgehaltenen 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
   E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de | Internet: www.versicherungsombudsmann.de

7. **Zuständige Aufsichtsbehörde**
   Hessisches Ministerium für Wirtschaft, Energie, Verkehr, Wohnen und ländlichen Raum | Referat III6 | 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

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

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

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

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