

# Antrag Operationskostenversicherung Pferd

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

Bei  bitte Zutreffendes ankreuzen

Neuantrag  Ersatzantrag für Vertrag:

Versicherungsbeginn:

Agentur-Nummer: **808 / 338156**

**DIE BESTE VERSICHERUNG**  
Sztvecz & Partner Vers. Makler KG  
Alkersdorferstraße 25A, 2560 Hernstein  
Tel. 02633/47548, Fax 02633/47348  
Mail: office@diebesterversicherung.at  
Internet: www.diebesterversicherung.at

## 1. Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Frau  Herr  Firma Titel, Nachname, Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Staatsangehörigkeit Telefonnummer E-Mail-Adresse

## 2. Zu versicherndes Pferd

Name Geburtsdatum Geschlecht  
Stute  Hengst  Wallach   
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 vertretenden 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 frei von Mängeln?  ja  nein Wenn „nein“, bitte nähere Angaben

Wurde das Pferd in den letzten 12 Monaten tierärztlich behandelt?  ja  nein Wenn „ja“, bitte Datum und Ursache der Behandlung

Besteht oder bestand eine Vorversicherung (OP-Kosten-/Tierkrankenversicherung)?  ja  nein Wenn „ja“, welche Gesellschaft

## 3. Umfang der Versicherung (bitte wählen Sie nachfolgend durch Ankreuzen den gewünschten Versicherungsumfang und die Laufzeit)

Versicherungsschutz besteht, wenn eine Veränderung des Gesundheitszustandes während der Vertragslaufzeit auftritt, die einen chirurgischen Eingriff unter Vollnarkose (Operation) erforderlich macht und diese Operation in einer Klinik durchgeführt wird (§ 2 Nr.1 AVB OPK). Abweichend von § 8 der AVB OPK gilt eine Wartezeit von einem Monat für Kolik-Operationen und eine Wartezeit von drei Monaten für alle anderen versicherten Operationen. Bei der Variante Exzellent gilt keine Wartezeit für unfallbedingte Operationen und eine Wartezeit von zwölf Monaten für Chip-Operationen.

**3.1 Exzellent** Jahresbeitrag inkl. 11 % Versicherungssteuer mit 3-jähriger Laufzeit **EUR 304,69**   
Jahresbeitrag inkl. 11 % Versicherungssteuer mit 1-jähriger Laufzeit **EUR 338,55**

Der Versicherungsschutz umfasst eine Kostenbeteiligung bis zu **EUR 5.000,00** bei Operationen zur Behandlung von Magen-Darm-Kolik, bis zu **EUR 3.000,00** bei Operationen mit Eröffnung der Brust- oder Bauchhöhle und Operationen zur Behandlung von Frakturen sowie eine Kostenbeteiligung bis zu **EUR 1.000,00** bei Operationen zur Entfernung von Tumoren, von Organen oder Organteilen, Zahn- und Kieferoperationen, Operationen von unfallbedingten und akuten Sehnen-, Bänder- und Muskelrisse und Wunden, alle sonstigen Operationen zur Behandlung von akuten und lebensbedrohlichen Verletzungen und Erkrankungen und Operationen zur Geburtshilfe, Operationen am Fesselringband, Endoskopische Operationen an Sehnen / Sehnencheiden, an Brust- und Bauchhöhle, am Harn-/Geschlechtsstrakt, Chip-Operationen (unfallbedingte Chips und OCD (Osteochondrosis dissecans), Arthroskopie und Arthrotomie (§ 2 Nr.2 AVB OPK). Abweichend von § 2 Nr.1 AVB OPK sind **alle** versicherten **Operationen** in einer Klinik unter **Vollnarkose, Standnarkose und Sedierung** mitversichert.

**Jahreshöchstentschädigung: unbegrenzt**

**3.2 Premium** Jahresbeitrag inkl. 11 % Versicherungssteuer mit 3-jähriger Laufzeit **EUR 194,81**   
Jahresbeitrag inkl. 11 % Versicherungssteuer mit 1-jähriger Laufzeit **EUR 216,45**

Der Versicherungsschutz umfasst eine Kostenbeteiligung bis zu **EUR 5.000,00** bei Operationen zur Behandlung von Magen-Darm-Kolik, bis zu **EUR 3.000,00** bei Operationen mit Eröffnung der Brust- oder Bauchhöhle und Operationen zur Behandlung von Frakturen sowie eine Kostenbeteiligung bis zu **EUR 1.000,00** bei Operationen zur Entfernung von Tumoren, von Organen oder Organteilen, Zahn- und Kieferoperationen, Operationen von unfallbedingten und akuten Sehnen-, Bänder- und Muskelrisse und Wunden, alle sonstigen Operationen zur Behandlung von akuten und lebensbedrohlichen Verletzungen und Erkrankungen und Operationen zur Geburtshilfe (§ 2 Nr.2 AVB OPK).

Abweichend von § 2 Nr.1 AVB OPK sind **Zahn- und Kieferoperationen** in einer Klinik **auch unter Standnarkose** mitversichert.

**Jahreshöchstentschädigung: EUR 25.000,00**

**3.3 Basis** Jahresbeitrag inkl. 11 % Versicherungssteuer mit 3-jähriger Laufzeit **EUR 79,92**   
Jahresbeitrag inkl. 11 % Versicherungssteuer mit 1-jähriger Laufzeit **EUR 88,80**

Der Versicherungsschutz umfasst eine Kostenbeteiligung bis zu **EUR 1.500,00** bei Operationen zur Behandlung von Magen-Darm-Kolik, Operationen mit Eröffnung der Brust- oder Bauchhöhle und Operationen zur Behandlung von Frakturen sowie eine Kostenbeteiligung bis zu **EUR 500,00** bei Operationen zur Entfernung von Tumoren, von Organen oder Organteilen, Zahn- und Kieferoperationen, Operationen von unfallbedingten und akuten Sehnen-, Bänder- und Muskelrisse und Wunden, alle sonstigen Operationen zur Behandlung von akuten und lebensbedrohlichen Verletzungen und Erkrankungen und Operationen zur Geburtshilfe (§ 2 Nr.2 AVB OPK). **Jahreshöchstentschädigung: EUR 10.000,00**

<b>5 % Nachlass für OEPS-Mitglieder und Mitglieder eines Pferdesport-/Reitvereins</b>	Mitglieds-Nr. oder Name Verein: _____ <input type="checkbox"/>
---	--

  

4. Zahlungsweise	Zahlungsart
<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> monatlich	Bankeinzug

  

5. SEPA-Lastschriftmandat				
<p>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.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">IBAN</td> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">BIC</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p> <input type="checkbox"/> Der Kontoinhaber ist der Versicherungsnehmer.  <input type="checkbox"/> Der Kontoinhaber ist <b>nicht</b> der Versicherungsnehmer.         </p>	IBAN	BIC		
IBAN	BIC			
Adresse des Kontoinhabers: nur erforderlich, wenn dieser vom Versicherungsnehmer abweicht				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Frau  <input type="checkbox"/> Herr  <input type="checkbox"/> Firma         </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">Titel, Nachname, Vorname</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">Straße, Hausnummer, PLZ, Ort</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Firma	Titel, Nachname, Vorname	Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Firma	Titel, Nachname, Vorname			
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort				
<p>Ich ermächtige Sie, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.  <b>Hinweis:</b> 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.</p>				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Ort, Datum</td> <td style="padding: 5px;">Unterschrift des Kontoinhabers, falls dieser nicht der Versicherungsnehmer ist</td> </tr> </table>			Ort, Datum	Unterschrift des Kontoinhabers, falls dieser nicht der Versicherungsnehmer ist
Ort, Datum	Unterschrift des Kontoinhabers, falls dieser nicht der Versicherungsnehmer ist			
6. Schweigepflichtentbindungserklärung				
<p>Ich ermächtige meine Tierärzte, dem Versicherer über meinen Tierbestand in allen Versicherungsangelegenheiten Auskunft zu erteilen sowie ihm Untersuchungsergebnisse bildgebender Verfahren des versicherten Tieres vorzulegen, soweit dies zur Prüfung des Antrags oder der Leistungspflicht erforderlich ist.</p>				
7. Maklervollmacht				
<p>Ich bevollmächtige den oben genannten Versicherungsmakler bis zum möglichen Versicherungsabschluss für mich im Zusammenhang mit dem angestrebten Versicherungsvertrag Willenserklärungen abzugeben und entgegenzunehmen, insbesondere auch den Versicherungsvertrag in meinem Namen abzuschließen.</p> <p>Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass auf der Internetseite des Vermittlers die Versicherungsbedingungen zur Einsicht/Druck/Speicherung als PDF-Datei zur Verfügung standen und ich mich darüber informiert habe.</p>				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Ort, Datum</td> <td style="padding: 5px;">Unterschrift des Versicherungsnehmers, falls erforderlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (z.B. Minderjähriger Versicherungsnehmer)</td> </tr> </table>			Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers, falls erforderlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (z.B. Minderjähriger Versicherungsnehmer)
Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers, falls erforderlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (z.B. Minderjähriger Versicherungsnehmer)			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Ort, Datum</td> <td style="padding: 5px;">Unterschrift und Stempel des Vermittlers</td> </tr> </table>			Ort, Datum	Unterschrift und Stempel des Vermittlers
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel des Vermittlers			