

Antrag Operationskostenversicherung Pferd		
Vereinigte Tierversicherung Gesellschaft a. G., Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden		
<input type="checkbox"/> Neuantrag <input type="checkbox"/> Ersatzantrag für Vertrag:		DIE BESTE VERSICHERUNG Szvetecz & Partner Vers. Makler KG Alkersdorferstraße 25A, 2560 Hemstein Tel. 02633/47548, Fax 02633/47348 Mail: office@diebesterversicherung.at Internet: www.diebesterversicherung.at
Versicherungsbeginn:		
Agentur-Nummer: 808 / 338156		
1. Antragsteller (Versicherungsnehmer)		
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Firma	Titel, Nachname, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort		
Staatsangehörigkeit	Telefonnummer	E-Mail-Adresse
2. Zu versicherndes Pferd		
Name	Geburtsdatum	Geschlecht
		<input type="checkbox"/> Stute <input type="checkbox"/> Hengst <input type="checkbox"/> 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 vertretenen 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 gesund frei von Mängeln? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn „nein“, bitte nähere Angaben		
War das zu versichernde Pferd innerhalb der letzten 12 Monate in tierärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn „ja“, bitte Datum und Ursache der Behandlung		
Wurde das zu versichernde Pferd bereits aufgrund einer Kolik-Erkrankung operiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn „ja“, bitte Datum der OP und Ergebnis		
Bestand für das zu versichernde Pferd schon vorher eine Tierleben- oder OP-Kostenversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>
	Jahresbeitrag inkl. 11 % Versicherungssteuer mit 1-jähriger Laufzeit	EUR 338,55 <input type="checkbox"/>
Der Versicherungsschutz umfasst eine Kostenbeteiligung bis zu EUR 5.000,00 bei Operationen zur Behandlung von Magen-Darm-Koliken, 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 Muskelrissen 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-/Geschlechtstrakt, 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 <input type="checkbox"/>
	Jahresbeitrag inkl. 11 % Versicherungssteuer mit 1-jähriger Laufzeit	EUR 216,45 <input type="checkbox"/>
Der Versicherungsschutz umfasst eine Kostenbeteiligung bis zu EUR 5.000,00 bei Operationen zur Behandlung von Magen-Darm-Koliken, 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 Muskelrissen 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 unbegrenzt		
3.3 Basis	Jahresbeitrag inkl. 11 % Versicherungssteuer mit 3-jähriger Laufzeit	EUR 79,92 <input type="checkbox"/>
	Jahresbeitrag inkl. 11 % Versicherungssteuer mit 1-jähriger Laufzeit	EUR 88,80 <input type="checkbox"/>
Der Versicherungsschutz umfasst eine Kostenbeteiligung bis zu EUR 1.500,00 bei Operationen zur Behandlung von Magen-Darm-Koliken, 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 Muskelrissen und Wunden, alle sonstigen Operationen zur Behandlung von akuten und lebensbedrohlichen Verletzungen und Erkrankungen und Operationen zur Geburtshilfe (§ 2 Nr.2 AVB OPK). Jahreshöchstentschädigung unbegrenzt		

5 % Nachlass für OEPS-Mitglieder und Mitglieder eines Pferdesport-/Reitvereins	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				
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.				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; border-bottom: 1px solid black; vertical-align: bottom;">IBAN</td> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black; vertical-align: bottom;">BIC</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	IBAN	BIC		
IBAN	BIC			
<input type="checkbox"/> Der Kontoinhaber ist der Versicherungsnehmer. <input type="checkbox"/> Der Kontoinhaber ist nicht der Versicherungsnehmer.				

Adresse des Kontoinhabers: nur erforderlich, wenn dieser vom Versicherungsnehmer abweicht	
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Firma	Titel, Nachname, Vorname
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	

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. 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. Spätestens fünf Tage vor der SEPA-Lastschrift informiert der Zahlungsempfänger über Abbuchungstermin und Betrag.				
<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
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.

7. Information iSd DSGVO 2018 und TKG 2003 zur Datenverarbeitung des Versicherers:
Der Antragsteller stimmt ausdrücklich und unter Möglichkeit jederzeitigen Widerrufs zu, dass der Versicherer die mit der beantragten Versicherung im Zusammenhang stehenden Personenidentifikations- und Versicherungsfalldaten zum Zweck der Antragsbearbeitung, Risikoprüfung, Polizzierung, Vertragsverwaltung und Bearbeitung von Leistungsfällen automatisationsunterstützt verarbeitet und verwendet und zu Informations- und Werbezwecken zur Kontaktaufnahme per Fax, E-Mail, Telefon und SMS berechtigt ist. Diese Einwilligung kann der Antragsteller jederzeit schriftlich widerrufen.

8. Verbraucherinformationen und Informationen iSd DSGVO 2018 und TKG 2003 des Versicherungsmaklers:
Registereintragung: Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung u. Wirtschaft, Abt. I/7, Stubenring 1, 1010 Wien. www.gisa.gv.at/versicherungsvermittlerregister ; GISA (Versicherungsvermittlerregister): GISA-Zahl 12123247 Beschwerdestelle: Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft, Abt. I/7, Stubenring 1, 1010 Wien. www.bmwf.wg.at/ Beteiligung: Der Versicherungsmakler ist an keinem Versicherungsunternehmen beteiligt und es besteht keine Beteiligung eines Versicherungsunternehmens am Versicherungsmakler. Information über den Zugang von Erklärungen: Nachrichten erreichen den Versicherungsmakler rechtswirksam innerhalb der Bürozeiten Montag bis Freitag 09.00 Uhr bis 17.00 Uhr. Erklärungen des Versicherungskunden reisen auf dessen Gefahr und der Versicherungskunde trägt das Risiko bei der Kommunikation, insbesondere im Rahmen der elektronischen Kommunikation. Im Zweifelsfall ist der Versicherungskunde dazu angehalten, den Zugang seiner Erklärung telefonisch zu erfragen. Datenverarbeitung: Der Antragsteller stimmt ausdrücklich zu, dass die von ihm im Rahmen der Auftragserteilung bekannt gegebenen personenbezogenen Daten automatisationsunterstützt vom Versicherungsmakler verarbeitet werden. Diese Daten werden ausschließlich in Erfüllung der vertraglichen Verpflichtung an Dritte weitergegeben. Der Antragsteller wird hiermit darüber aufgeklärt, dass er ein jederzeitiges Recht auf Auskunft und auf Löschung seiner personenbezogenen Daten hat. Ein datenschutzrechtliches Auskunftsbegehren ist unter Beilegung eines Identitätsnachweises an die E-Mailadresse bzw. an die Postadresse des Versicherungsmaklers zu richten. Kommunikation: Der Antragsteller stimmt ausdrücklich zu, dass der angegebene Versicherungsmakler zu Informations- und Werbezwecken zur Kontaktaufnahme per Fax, E-Mail, Telefon und SMS berechtigt ist. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

9. Beratungserklärung, Bedingungen und vorvertragliche Informationen (bitte durch Ankreuzen beantworten <input checked="" type="checkbox"/>)
Die Beratung/Vermittlung zur beantragten Operationskostenversicherung erfolgte auf Wunsch des Antragstellers und wurde
<input type="checkbox"/> eigenständig durch den Antragsteller durch Informieren auf der Homepage und Lesen der Allgemeinen Bedingungen für die Operationskosten-Versicherung von Pferden und anderen Einhufern (AVB OPK 12/2008 der VTV) und der vorvertraglichen Informationen (Informationsblatt) durchgeführt. Eine umfassende Gesamtbedarfsanalyse ist nicht erfolgt und wird nicht gewünscht.
<input type="checkbox"/> telefonisch durch den Versicherungsmakler und Lesen der Allgemeinen Bedingungen für die Operationskosten-Versicherung von Pferden und anderen Einhufern (AVB OPK 12/2008 der VTV) und der vorvertraglichen Informationen (Informationsblatt) durchgeführt. Eine umfassende Gesamtbedarfsanalyse ist nicht erfolgt und wird nicht gewünscht.
<input type="checkbox"/> durch Übermittlung eines Angebotes sowie der Allgemeinen Bedingungen für die Operationskosten-Versicherung von Pferden und anderen Einhufern (AVB OPK 12/2008 der VTV) und der vorvertraglichen Informationen (Informationsblatt) durch den Versicherungsmakler durchgeführt. Eine umfassende Gesamtbedarfsanalyse ist nicht erfolgt und wird nicht gewünscht.

Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers, falls erforderlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (z.B. Minderjähriger Versicherungsnehmer)
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel des Vermittlers