

<b>Antrag</b>
<b>Tierhalter – Haftpflichtversicherung – Pferde</b>

ANTRAGSTELLER: Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
 E-Mail : \_\_\_\_\_

Versichertes Risiko: **Tiere ohne Reitrisiko, Fohlen** bis 3 Jahre\*, Zuchtstuten, Gnadenbrotpferde

Name	Rasse	Geb.-Datum

**Versicherungssummen:** bitte ankreuzen **Jahresbeitrag:** inkl. 16% **Versicherungssteuer!**

<input type="checkbox"/> € 10.000.000,00 für Personen- & Sachschäden € 250.000,00 für Vermögensschäden mit € 150,00 Selbstbeteiligung je Schadenfall	<b>€ 37,61</b> für jedes Fohlen
*Nach Vollendung des dritten Lebensjahres wird die Versicherung mit folgendem Tarifbeitrag fortgeführt	<b>€ 125,31</b> für jedes Pferd
<input type="checkbox"/> € 10.000.000,00 für Personen- & Sachschäden € 250.000,00 für Vermögensschäden ohne Selbstbeteiligung im Schadenfall	<b>€ 41,77</b> für jedes Fohlen
*Nach Vollendung des dritten Lebensjahres wird die Versicherung mit folgendem Tarifbeitrag fortgeführt	<b>€ 139,23</b> für jedes Pferd

Anzahl der zu versichernden Tiere: \_\_\_\_\_ Stück

Besonderheiten: Mitglied der Deutschen Reiterlichen Vereinigung e.V.?  Ja  Nein  
 bitte ergänzen: Mitglieds - Nr. \_\_\_\_\_ 15% Rabatt auf den o.g. Beitrag !

Mengenrabatt: ab 2 Tiere 15% bzw. ab 4 Tiere 20% Nachlass auf den o.g. Beitrag !

Versicherungsdauer:  1 Jahr Beginn: \_\_\_\_\_ frühestens ab Eingang in unserem Hause.

bitte ankreuzen  3 Jahre  
Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um jeweils ein weiteres Jahr, wenn er nicht spätestens drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf bei der anderen Vertragspartei schriftlich gekündigt wird **Bei Abschaffung der/des Pferde/s erlischt die Versicherung sofort.**

Vorversicherung: Name der Vorversicherung: \_\_\_\_\_  
 bitte ergänzen: Hat die Versicherungsgesellschaft gekündigt?  Ja  Nein  
 Vorschäden?  Ja  Nein  
 Anzahl & Höhe der Vorschäden: \_\_\_\_\_  
Nichtbeantwortung oder Streichung gilt als Verneinung!!!

Einzugsermächtigung: .....  
Bank Bankleitzahl Konto - Nr.  
 .....  
Ort und Datum Unterschrift des Antragstellers

Stand: 01.09.2009

DIRK GRAFSCHMIDT & TEAM VERSICHERUNGSMAKLER  
 AUGUSTE-VIKTORIA-ALLEE 2 134 03 BERLIN

EMAIL  
 INFO@GRAFSCHMIDT.COM  
 WWW.GRAFSCHMIDT.COM

FON  
 030.4147270  
 FAX  
 030.41472727