

Antrag private Tierhaltung

Schul- und Verleihpferde – Haftpflichtversicherung

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

Versichertes Risiko: **Pferd(e)**

Name	Rasse	Geb.-Datum

Versicherungsdauer: 5 Jahre 1 Jahr **Beginn:** _____ frühestens ab Eingang in unserem Hause.
Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um jeweils ein weiteres Jahr, wenn er nicht spätestens drei Monate vordem jeweiligen Ablauf bei der anderen Vertragspartei schriftlich gekündigt wird. **Bei Abschaffung der Hunde erlischt der Versicherungsschutz sofort.**

Versicherungssummen: 3.000.000 € pauschal für Personen- und Sachschäden
 200.000 € für Vermögensschäden

<input type="checkbox"/> Schul- und Verleihpferd	€ 173,74 je Pferd
<input type="checkbox"/> Schul- und Verleihpferd (mit Beitragsnachlass)*	€ 156,37 je Pferd
<input type="checkbox"/> Mitversicherung von Mietsachschäden	15 % Zuschlag zu den obigen Beiträgen
<input type="checkbox"/> Mitversicherung Privathaftpflicht	<input type="checkbox"/> € 51,29 Familie <input type="checkbox"/> € 46,16 Single/Senior

Die aufgeführten Beiträge sind Jahresbeiträge inkl. 19 % Versicherungssteuer und gelten bei einer Laufzeit von 5 Jahren, bei einjähriger Laufzeit ist ein Zuschlag von 5 % zu berechnen.

***10% Beitragsnachlass**, in Verbindung mit der Privathaftpflichtversicherung oder bei Mitgliedschaft in einem Reitverein, FN oder als Bezieher einer Pferdefachzeitschrift (**Nachweis erforderlich**) oder **Einschluss Selbstbeteiligung 150 €**

Vorversicherung: Name & Nummer der Vorversicherung: _____

bitte ergänzen:

Hat die Versicherungsgesellschaft gekündigt? Ja Nein

Vorschäden? Ja Nein

Anzahl & Höhe der Vorschäden: _____

Nichtbeantwortung oder Streichung gilt als Verneinung!!!

Zahlweise(Zuschläge): jährlich halbjährlich(3%) vierteljährlich (5%) **Mindstrate 30 €**
(Unterjährige Zahlungsweise nur bei Einzugsermächtigung)

Einzugsermächtigung:
Bank Bankleitzahl Konto - Nr.

Kontoinhaber, wenn nicht Versicherungsnehmer _____

.....
 Ort und Datum

.....
 Unterschrift des Antragstellers

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

EMAIL
 INFO@GRAFSCHMIDT.COM
 WWW.GRAFSCHMIDT.COM

PHN
 030.4147270
 FAX
 030.41472727