

**Bitte zurücksenden an:** Schütz & Thies Versicherungskontor KG  
Hinter den Führen 56, 28790 Schwanewede  
Telefax: (0421) 33 111 203 Email: info@ipzv-versicherungen.de



Nach- und Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/ Wohnort: \_\_\_\_\_ Reitverein: \_\_\_\_\_

Telefon/ Email: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Bestehende Pferdehalter-Haftpflichtversicherung, unsere Vertrags-Nr.** \_\_\_\_\_

### Antrag für eine Pferde-OP-Versicherung

#### Gewünschte Tarifvariante Pferde-OP-Schutz

(bitte ankreuzen)

Basis

Premium

Premium Plus

ja

ja

ja

**Monatsbeitrag** (einschl. 19% Versicherungssteuer)

13,90 €

19,80 €

34,88 €

#### **Nachlassmöglichkeiten:**

10 % Nachlass bei Bestehen einer Pferde-Haftpflicht bei uns

ja

ja

ja

10 % Nachlass bei Vereinbarung Selbstbeteiligung 150,00 €

ja

ja

ja

10 % Nachlass ab 2 Pferden (Nachlass gilt je Pferd)

ja

ja

ja

5 % Nachlass bei jährlicher Zahlweise

ja

ja

ja

(100 % Erstattung/ 2-facher Satz der aktuellen GOT)

#### Zu versicherndes Pferd:

Name des Pferdes: \_\_\_\_\_  Stute  Wallach  Hengst

Verwendungszweck: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Rasse des Pferdes: \_\_\_\_\_ Farbe/Abzeichen: \_\_\_\_\_

Hat/ Hatte Ihr Pferd Mängel/ Missbildungen/ Erkrankungen/ Unfälle/ Operationen?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Haustierarzt** (sofern vorhanden, Name u. Anschrift): \_\_\_\_\_

#### Vorversicherung:

Besteht oder bestand für Ihr Pferd bereits eine Tierkranken-/ OP-Versicherung oder wurde bei uns oder einer anderen

Gesellschaft ein Antrag gestellt oder abgelehnt?  nein  ja, bei \_\_\_\_\_

(Gesellschaft)

(Versicherungs-Nr.)

Es gilt eine Wartezeit von 3 Monaten, für Bauchhöhlenoperationen 7 Tage. Bei Unfall entfallen die Wartezeiten!

**Für Risiken, die bei einem Vorversicherer versichert waren, entfallen die oben aufgeführten Wartezeiten!**

### Antrag für eine Reiter-Unfallversicherung

Ich wünsche den Abschluss einer Reiter-Unfallversicherung mit Kombi-Rabatt für mtl. 4,93 €  ja  nein

#### SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen die Schütz & Thies Versicherungskontor KG, mit der Gläubiger-ID-Nr. DE72ZZZ00002227248, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Ihre Mandatsreferenznummer teilen wir Ihnen noch mit.

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC/ Swift: \_\_\_\_\_

**Versicherungsbeginn:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_