

## **Pferde-OP-Versicherung**

### **Pferde-Krankenversicherung**

- ✓ Erstattungen ohne Jahreslimit
- ✓ Bis zu 100% Kostenübernahme
- ✓ Freie Wahl des Tierarztes/der Tierklinik
- ✓ Keine Altersbegrenzungen

# SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT für wiederkehrende Zahlungen

Bitte senden Sie uns dieses Formular

- per Fax an: 0581 8070451
- als Anlage einer E-Mail an: as1@uelzener.de
- oder per Post an die unten genannte Anschrift.

Vielen Dank.

**Kunden-Nummer\*:**

\* Gilt für alle unter der oben genannten Kunden-Nummer bestehenden Verträge.

**Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubigers):**

Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a.G.  
Veerßer Straße 65/67 | 29525 Uelzen | DEUTSCHLAND  
Tel. 0581 8070-0 | Fax 0581 8070-451 | as1@uelzener.de

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE19ZZZ00000118549

Ich ermächtige die Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a.G., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a.G. 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 die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin damit einverstanden, dass zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs die grundsätzlich 5-tägige Frist für die Information, sofern sich dies nicht aus den zur Verfügung gestellten Informationen/Unterlagen ergibt, vor Einzug einer fälligen Zahlung bis auf einen Tag vor Belastung verkürzt werden kann.

**Vorname und Name des zahlungspflichtigen Kontoinhabers:**

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl:

Ort:

Telefon-Nr. (für Rückfragen):

Gewünschte Zahlungsweise (ab 20,- € Zahlbeitrag):

- Einzug zum 1. des Fälligkeitsmonats  
 Einzug zum 15. des Fälligkeitsmonats

- monatlich  
 vierteljährlich  
 halbjährlich  
 jährlich

**Name und Ort des Kreditinstitutes:**

Falls IBAN nicht zur Hand:

**BIC** – (kann entfallen, wenn IBAN mit DE beginnt)

Bankleitzahl:

**IBAN** – (max. 22stellig)

Konto-Nr.:

**1. Unterschrift** zum SEPA-Lastschriftmandat

Ort, Datum:

Unterschrift des Kontoinhabers:

**2. Unterschrift** zur Einverständniserklärung

**Ich stimme dem Einzug meiner Beiträge gemäß erteiltem SEPA-Lastschriftmandat bereits ab dem ersten Beitrag ausdrücklich zu. Mit Einlösung des Beitrags kommt der Vertrag/kommen die Verträge rechtswirksam zustande.**

Ort, Datum:

Unterschrift des Kontoinhabers:

**Bei Einreichung über Versicherungsmakler**

„Uns liegt gemäß unserer AGB und Maklervollmacht die Bevollmächtigung des VN vor, Ihnen diese Daten zu übermitteln.“

**Dem Einzug der Beiträge gemäß erteiltem SEPA-Lastschriftmandat – bereits ab dem ersten Beitrag – wird ausdrücklich zugestimmt.**

Ort, Datum:

Unterschrift des Versicherungsmaklers:

# Pferde-OP-Versicherung / Pferde-Krankenversicherung

## - Angebotsanfrage -

**Interne Vermerke:** Versicherungs-Nr.:  Agt.-Nr.:

BP:  ohne  
 ja  
 nein

Neu  
 Änderung

Vermittelt durch:

**Freiraum zur Bearbeitung**

**Versicherungsnehmer (Anfragender):** (Bitte in Druckschrift ausfüllen.)

Titel, Nachname:   Frau  Herr

Vorname(n):  Geburtstag:

Straße, Hausnummer:

PLZ:  Ort:

E-Mail:

Telefon:

**Gewünschter Versicherungsbeginn:** (0.00 Uhr – frühestens ab Eingang bei der Uelzener)

**Versicherungsdauer:**  10 Jahre (inkl. 20% Laufzeitrabatt)  5 Jahre (inkl. 10% Laufzeitrabatt)  1 Jahr (ohne Laufzeitrabatt)

**Versicherungsumfang und Beitrag:**

**OP-Versicherung** (100% Erstattung)<sup>1</sup>  
 basis  premium  premium plus

**Krankenversicherung für Pferde bis 12. Geburtstag** (100% Erstattung)<sup>1</sup>  
 inkl. OP-Versicherung premium plus

**Krankenversicherung für Pferde ab 12. Geburtstag**  
 inkl. OP-Versicherung premium plus  
 80% Erstattung<sup>1</sup>  100% Erstattung (gegen Aufpreis)<sup>1</sup>

Beiträge siehe Rückseite

**Zu versicherndes Pferd:** (Bitte vollständig und in Druckschrift ausfüllen.)

Name des Pferdes:   Stute  Wallach  Hengst

Nutzung als:

Rasse des Pferdes:  Geburtstag:

Lebens-Nr.:  Kaufdatum:

Farbe/ Abzeichen:  Kaufpreis:  €

**Selbstbeteiligung im Versicherungsjahr:**

ohne  250,- €  500,- €

10% Mehrpferde-Rabatt (ab zwei versicherten Pferden bei gleichem Versicherungsprodukt)

Ihr monatlicher Aufwand<sup>2</sup>:  € X Anzahl der Monate gem. Zahlungsweise (bitte ankreuzen)  1/2  1/4  1/2  1/1 = Ihr Beitrag gemäß Zahlungsweise<sup>2,3</sup>:  €

<sup>1</sup> Erstattung nach dem 2-fachen Satz der Gebührenordnung für Tierärzte vom 30.06.2008 (GOT).  
<sup>2</sup> Jeweils inklusive 19% Versicherungssteuer.  
<sup>3</sup> Durch unterschiedliche Rundungen kann der polizierte Beitrag von dem hier errechneten Beitrag geringfügig abweichen. Es gilt der in der Versicherungspolice ausgewiesene Beitrag.

Hat/hatte Ihr Pferd Mängel/Missbildungen?  ja  nein

Wenn ja, welche?

**Hinweise zur Zahlungsweise** (bitte Mindestzahlbeitrag beachten!):

1/2 = monatlich  1/2 = halbjährlich (3% Rabatt bei SEPA-Lastschrift)  
 1/4 = vierteljährlich  1/1 = jährlich (5% Rabatt bei SEPA-Lastschrift)

Hat/hatte Ihr Pferd Verhaltensstörungen (z. B. Koppen)?  ja  nein

Wenn ja, welche?

Bei unterjähriger Zahlungsweise beträgt der **Mindestzahlbeitrag 20,- € pro Fälligkeit und Angebotsanfrage, bitte wählen Sie Ihre Zahlungsweise entsprechend.** Die monatliche und vierteljährliche Zahlung ist nur per SEPA-Lastschrift möglich. Die halbjährliche bzw. jährliche Zahlung ist auch per Überweisung – dann allerdings ohne Rabatte – möglich. Versicherungsleistungen werden auf das angegebene Konto überwiesen, falls keine abweichende Vereinbarung getroffen wird. Sollte der Vertrag nicht zustande kommen, wird das erteilte Mandat hinfällig und nicht verwendet. Das SEPA-Mandat ist erst mit der Unterschrift des Kontoinhabers gültig und kann jederzeit widerrufen werden.

Hat/hatte Ihr Pferd in den letzten 3 Jahren Erkrankungen/tierärztliche Behandlungen?  ja  nein

Wenn ja, welche?

- per SEPA-Lastschrift  zum 1. des Fälligkeitsmonats
- per Rechnung (nur ab halbjährlicher Zahlung)  zum 15. des Fälligkeitsmonats

Wurde Ihr Pferd schon einmal operiert?  ja  nein

Wenn ja, Art der OP?

**Wichtig: Schlussklärung mit Unterschrift**  
 Nachdem ich das Angebot in Form der Versicherungspolice mit allen Unterlagen erhalten habe und den Erstbeitrag innerhalb von zwei Wochen bezahlt habe, kommt der Vertrag zustande. **Danach kann ich den Vertrag innerhalb von zwei Wochen in Textform widerrufen.** Eventuell bereits geleistete Beiträge werden mir zurückerstattet. Die auf der Rückseite dieser Angebotsanfrage befindlichen Grundlagen, **insbesondere die Einwilligungsklausel zur Datenverarbeitung**, habe ich vor meiner Unterschrift zur Kenntnis genommen; sie werden wichtiger Bestandteil des Angebots der Uelzener. Für die Erteilung von Auskünften, die für die Prüfung der Angebotsanfrage und/oder der Verpflichtung des Versicherers zum Ersatz der Behandlungskosten erforderlich sind, entbinde ich die konsultierten Tierärzte von der Schweigepflicht. Das gilt auch für Fragen zu Vorerkrankungen des Tieres. **Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht den Versicherer je nach Verschulden berechtigen kann, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.**

Bei Stuten: Ist die Stute tragend?  ja  nein

Haustierarzt (Name und Anschrift):

Die Uelzener Versicherungen und der für mich zuständige Vermittler sind berechtigt, meine Daten **zu Werbe- und Informationszwecken in Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten** mittels Brief zu nutzen. Darüber hinaus erkläre ich mich damit einverstanden, dass diese meine Daten auch zu den genannten Werbe- und Informationszwecken

- per Telefon  ja  nein

- per E-Mail  ja  nein

nutzen dürfen. Ich kann der Nutzung meiner Daten zu Werbezwecken durch die Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a. G. und den für mich zuständigen Vermittler jederzeit telefonisch (Tel. 0581 8070-0), schriftlich in Briefform (Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a. G., Postfach 2163, 29511 Uelzen) oder per E-Mail (info@uelzener.de) widersprechen.

**Vorversicherung:**

Bestehen oder  bestanden für Ihr Pferd eine  Pferde-OP- oder eine  Pferde-Krankenversicherung?

nein  ja, bei

Gesellschaft:

Versicherungs-Nr.:  Gekündigt zum/ Ablauf:

Ort, Datum:  Unterschrift VersNehmer (Anfragender), ggf. gesetzl. Vertreter:

Ort, Datum:  Unterschrift Vermittler/-in:

Bitte keinen Textmarker (oder Ähnliches) verwenden! - Dokument wird elektronisch archiviert - Original für die Uelzener/Durchschrift für den Vermittler oder den Versicherungsnehmer (Anfragenden)

Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a. G.  
Vorstand: Dr. Theo Heitscher (Vorsitzender),  
Imke Branner-Rahls, Bernd Fischer  
Aufsichtsratsvorsitzender: Gerhard Schulz  
Registriergericht: Amtsgericht Lüneburg HR B 120469

Besuchsanschrift: Veerßer Straße 65/67, 29255 Uelzen  
Postanschrift: Postfach 2163, 29511 Uelzen  
Telefon 0581 8070-0 | Fax 0581 8070-248  
www.uelzener.de | info@uelzener.de

IBAN: DE98 2585 01 10 0018 0015 03  
BIC: NOLADE21UEL  
IBAN: DE80 2584 0048 0569 0334 00  
BIC: COBADDFF249



Table with columns: Vertragslaufzeit (Laufzeitrabatt), Monatlicher Aufwand 1,2 in € je Pferd, 10 Jahre (inkl. 20%), 5 Jahre (inkl. 10%), 1 Jahr. Rows include: Selbstbeteiligung je Versicherungsjahr, OP-Versicherung basis, OP-Versicherung premium, OP-Versicherung premium plus, Krankenversicherung für Pferde bis 12. Geburtstag, Krankenversicherung für Pferde ab 12. Geburtstag (80% Kostenerstattung), Krankenversicherung für Pferde ab 12. Geburtstag (100% Kostenerstattung).

1 Jeweils inklusive gesetzlicher Versicherungssteuer, z. Zt. 19%, exklusive Mehrtier-Rabatt in Höhe von 10%, sowie Zahlungsweisen-Rabatt: 3% SEPA-Lastschrift halbjährlich, 5% SEPA-Lastschrift jährlich  
2 Der Mehrpferde-Rabatt wird gewährt, wenn für mindestens zwei Pferde die gleichen Versicherungen gewählt werden.

1. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit  
Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir zur Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung sowie zur Risikoprüfung und zur Prüfung der Leistungspflicht;...  
2. Zur Risikoprüfung meiner Versicherungsangelegenheiten dient;...  
3. Zur gemeinsamen Führung von Datensammlungen der Uelzener Versicherungen (Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a. G., Uelzener Rechtsschutz...)

Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a. G. (Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft) ist die Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft...  
Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a. G. (Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft) ist die Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft...  
Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a. G. (Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft) ist die Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft...

Vertragsgrundlagen und Erläuterungen sowie Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

- Allgemeines
• Es ist den Vermittlern verboten und ohne rechtliche Wirkung auf die Gesellschaft, selbstständig
• Die Beiträge sind entsprechend der Zahlungsweise im Voraus zu bezahlen. Bei monatlicher und
• Die Beiträge sind entsprechend der Zahlungsweise im Voraus zu bezahlen. Bei monatlicher und
• Die Beiträge sind entsprechend der Zahlungsweise im Voraus zu bezahlen. Bei monatlicher und