

inklusive MAXPOOL Leistungsservice

Neuantrag Änderungsantrag zur Versicherungsschein-Nr. Vermittlernr. 4285

Grund Einschluss Tier(e) Tierwechsel

Antragsteller (=Versicherungsnehmer)

Herr	Frau	ledig*	verheiratet*	geschieden*	verwitwet*
Name	_____		Geburtsdatum	_____	
	_____		E-Mail*	_____	
Adresse	_____		Telefon	_____	
	_____		Beruf*	_____	
	_____		Staatsangehörigkeit*	_____	

*die mit Stern markierten Angaben sind freiwillig, Nichtbeantwortung beeinflusst nicht die Tarifierung

Versicherungsdauer

Beginn: 00:00 Uhr _____ Ablauf: 00:00 Uhr _____

Hat der Vertrag eine Laufzeit von mindestens einem Jahr, verlängert er sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn nicht dem Vertragspartner spätestens einen Monat vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

Zu versichernder Hund

Bitte verwenden Sie das Zusatzdatenblatt für weitere Tiere. Die Prämien gelten zzgl. der gesetzlichen Versicherungssteuer von 19 %.

Hund 1

Name	_____	
Geschlecht	_____	
Farbe	_____	
Geburtsdatum	_____	
Rasse	_____	
Ist der Antragsteller Eigentümer und Halter des Hundes?	ja	nein
Mehrprämienhund gemäß Annahmerichtlinien?	ja	nein
Kampfhund gemäß Annahmerichtlinien?	ja	nein
Vorschäden	Vorversicherung	
Vorschäden (in den letzten 5 Jahren)	ja	nein
Anzahl	Gesellschaft	_____
Zeitpunkt	VSNR	_____
Gesellschaft	Wer hat gekündigt: VN/VR	_____
Versicherungsschein-Nr.	Wurden zuvor Anträge abgelehnt?	_____
Schadenhöhe	_____	

Nettotarifprämien	ohne SB			125 € SB			250 € SB		
Tarife Plus/ Deckungssumme in Mio €	10	7,5	5	10	7,5	5	10	7,5	5
max-THV Plus Hund	45,14 €	41,67 €	38,19 €	38,37 €	35,42 €	32,47 €	33,85 €	31,25 €	28,65 €
max-THV Plus weiterer Hund	36,11 €	33,33 €	30,56 €	30,69 €	28,33 €	25,97 €	27,08 €	25,00 €	22,92 €
Tarife Premium / Deckungssumme in Mio €	20	15	10	20	15	10	20	15	10
max-THV Premium Hund	70,90 €	68,66 €	60,45 €	60,26 €	58,36 €	51,38 €	53,17 €	51,49 €	45,34 €
max-THV Premium weiterer Hund	56,72 €	54,93 €	48,36 €	48,21 €	46,69 €	41,10 €	42,54 €	41,19 €	36,27 €
Tarife Premium / Deckungssumme in Mio €	20			20			20		
max-THV Premium Mehrprämienhund (Rasseliste siehe Annahmerichtlinien)	141,79 €			120,52 €			106,34 €		
max-THV Premium weiterer	113,43 €			96,42 €			85,07 €		

Unterjährige Zahlweisen können nur mit einem SEPA-Mandat beantragt werden. Folgende unterjährige Zahlweisen sind möglich, es werden keine Zuschläge berechnet.

halbjährlich vierteljährlich

Hund 2

Name _____

Geschlecht _____

Farbe _____

Geburtsdatum _____

Rasse _____

Ist der Antragsteller Eigentümer und Halter des Hundes? ja nein

Mehrprämienhund gemäß Annahmerichtlinien? ja nein

Kampfhund gemäß Annahmerichtlinien? ja nein

Vorschäden **Vorversicherung**

Vorschäden (in den letzten 5 Jahren) ja nein

Anzahl _____ Gesellschaft _____

Zeitpunkt _____ VSNR _____

Gesellschaft _____ Wer hat gekündigt: VN/VR _____

Versicherungsschein-Nr. _____ Wurden zuvor Anträge abgelehnt? _____

Schadenhöhe _____

Nettotarifprämien	ohne SB			125 € SB			250 € SB		
Tarife Plus / Deckungssumme in Mio €	10	7,5	5	10	7,5	5	10	7,5	5
max-THV Plus Hund	45,14 €	41,67 €	38,19 €	38,37 €	35,42 €	32,47 €	33,85 €	31,25 €	28,65 €
max-THV Plus weiterer Hund	36,11 €	33,33 €	30,56 €	30,69 €	28,33 €	25,97 €	27,08 €	25,00 €	22,92 €
Tarife Premium / Deckungssumme in Mio €	20	15	10	20	15	10	20	15	10
max-THV Premium Hund	70,90 €	68,66 €	60,45 €	60,26 €	58,36 €	51,38 €	53,17 €	51,49 €	45,34 €
max-THV Premium weiterer Hund	56,72 €	54,93 €	48,36 €	48,21 €	46,69 €	41,10 €	42,54 €	41,19 €	36,27 €
Tarife Premium / Deckungssumme in Mio €	20			20			20		
max-THV Premium Mehrprämienhund (Rasseliste siehe Annahmerichtlinien)	141,79 €			120,52 €			106,34 €		
max-THV Premium weiterer	113,43 €			96,42 €			85,07 €		

Unterjährige Zahlweisen können nur mit einem SEPA-Mandat beantragt werden. Folgende unterjährige Zahlweisen sind möglich, es werden keine Zuschläge berechnet.

halbjährlich vierteljährlich

Berechnung der Gesamtprämie

Tarif-Nettoprämie lt. Zahlweise	Versicherungssteuer von 19%	Bruttoprämie lt. Zahlungsweise
Hund 1		
_____ € +	_____ € =	_____ €
Name _____		
Hund 2		
_____ € +	_____ € =	_____ €
Name _____		
	Gesamtjahresbruttoprämie:	_____ €

Versand der Police (es ist **eine** Option anzukreuzen, standardmäßig wird die Police per E-Mail an den Vermittler gesendet)

<input type="checkbox"/> per E-Mail an VN (Kopie an Vermittler)	<input type="checkbox"/> per Post an VN (einmalig 2,50 € Ausfertigungsgebühr, Kopie per Mail an Vermittler)	<input type="checkbox"/> E-Mail des VN
<input type="checkbox"/> per E-Mail an Vermittler	<input type="checkbox"/> per Post und per E-Mail an Vermittler (einmalig 2,50 € Ausfertigungsgebühr)	_____

Erklärung zum Datenschutz/Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass die Landesschadenhilfe Versicherung VaG im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen, personenbezogene Daten, insbesondere Gesundheitsdaten) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen der Verträge sowie für

entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen. Darüber hinaus willige ich ein, dass diese Daten an die MAXPOOL Maklerkooperation GmbH zur Antragsprüfung, Vertragsverwaltung und Leistungsbearbeitung übermittelt werden. Ich willige ferner ein, dass die Landesschadenhilfe Versicherung VaG meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, personenbezogenen Daten, die aus Anlass der Antragsaufnahme, Vertragsdurchführung und Leistungsabwicklung erhoben werden, in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen

Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Unabhängig vom Vertragsschluss und der Vertragsdurchführung und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen. Ich willige

ein, dass die Hamburger Phönix maxpool GmbH bei Vertragsabschluss, im Rahmen der Vertragsabwicklung sowie bei Zahlungsverzug Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten von einer Auskunft (z.B. INFOScore, Creditreform) einholt und nutzt.

SEPA-Lastschriftmandat

PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH, Glockengießerwall 2, 20095 Hamburg, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE27ZZZ0000094446 Mit diesem Formular ermächtige ich die PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH zum Lastschriftzug. Diese wird mich rechtzeitig vor dem Einzug einer SEPA-Lastschrift informieren und mir meine Mandatsreferenznummer mitteilen.

Kontoinhaber
(Name,
Vorname/Firma) _____

IBAN
DE _____

Straße,
Hausnummer _____

BIC _____

PLZ, Ort _____

Name des
Geldinstitutes _____

Datum, Unterschrift Kontoinhaber

Ich ermächtige/wir ermächtigen die PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der die PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Art der Zahlung ist die wiederkehrende Lastschrift.

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Besondere Vereinbarungen (Mündliche Vereinbarungen haben keine Gültigkeit.)

Widerrufsbelehrung für den Versicherungsnehmer und seinen Vertreter

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH, Glockengießerwall 2, 20095 Hamburg. Bei einem Widerruf per Telefax ist dieser an die Faxnummer (0 40) 29 99 40-9390 zu richten. Bei einem Widerruf per E-Mail ist dieser an service@phoenix-versicherung.

Widerrufsfolgen: Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz

vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Dabei handelt es sich bei jährlicher Zahlungsweise um 1/360, bei halbjährlicher Zahlungsweise um 1/180, bei vierteljährlicher Zahlungsweise um 1/90 und bei monatlicher Zahlungsweise um 1/30 des im Antrag angegebenen Beitrags gemäß Zahlungsweise pro Tag. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zu Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise: Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Widerrufen Sie eine Vertragserklärung im Rahmen eines Ersatzvertrages, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

Wichtige Hinweise

Die Abwicklung und der Vertrieb erfolgen exklusiv über: PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekurateur GmbH, Glockengießerwall 2, 20095 Hamburg, Telefon: (0 40) 29 99 40-390, Telefax: (0 40) 29 99 40-9390, E-Mail: service@phoenix.versicherung
Risikoträger: Landesschadenhilfe Versicherung VaG, Vogteistr. 3, 29683 Bad Fallingbommel, Vorstand: Markus Müller (Vorsitzender), Michael Riecke, Aufsichtsrat: Stephan Michaelis (Vorsitzender)

Unterschrift 1 - Antragstellung

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers, bei Minderjährigen der gesetzlichen Vertreter oder Unterschrift seines ihn vertretenden Versicherungsmaklers

Unterschrift 2 - Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich die Vertragsbestimmungen, einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung und der Besonderen Bedingungen für die Tierhalterhaftpflichtversicherung sowie die weiteren Informationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtverordnung vor Unterzeichnung dieses Versicherungsantrags in Textform, d.h. schriftlich oder in anderer lesbarer Form,

erhalten habe. Die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“ wurde mir ausgehändigt.

Die genannten Informationen und die Empfangsbestätigung werden durch Ihre Unterschrift zum Inhalt des Antrages. Mit Abschluss des Versicherungsvertrages sind sie Vertragsbestandteile.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers) oder Unterschrift seines ihn vertretenden Versicherungsmaklers

Schlusserklärung des Versicherungsmaklers

Im Auftrag meines Mandanten beantrage ich stellvertretend die vorstehende Versicherung. Ich bestätige, dass mir die in der Empfangsbestätigung des Versicherungsnehmers genannten Unterlagen zur Verfügung standen. Des Weiteren bestätige ich, dass mir ein Maklerauftrag vorliegt, der mich dazu

legitimiert, stellvertretend für den Versicherungsnehmer diese Willenserklärung abzugeben. Auf Anfrage ist der Maklerauftrag der Hamburger Phönix maxpool GmbH bzw. dem Risiko tragenden Versicherer unverzüglich zur Verfügung zu stellen.

Unterschrift des Versicherungsmaklers

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsmaklers