

Neuantrag

Änderungsantrag zur

Versicherungsschein-Nr.

Vermittler-Nr.4285

**Grund**

Tierwechsel

Einschluss Tier(e)

**Antragsteller (=Versicherungsnehmer)**

Herr

Frau

ledig\*

verheiratet\*

geschieden\*

verwitwet\*

Name

Geburtsdatum

E-Mail\*

Straße, Hausnr.

Telefon

PLZ

Beruf\*

Ort

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 versichernde(s) Pferd(e)/Reittier(e)****Pferd/Reittier 1**

Name Tier 1

Rasse

Geburtsdatum

Farbe

Geschlecht

m

w

Stockmaß

**Vorschäden (letzte 3 Jahre)**

Ja

Nein

**Vorversicherung**

Ja

Nein

Gesellschaft

Gesellschaft

Versicherungs-  
schein-Nr.Versicherungs-  
schein-Nr.

Anzahl

Zeitpunkt

Wer hat gekündigt:  
VN/VR

Schadenhöhe

Wurden zuvor Anträge abgelehnt?

Ja

Nein

Tarife für Pferde	max-THV Premium	max-THV Premium	max-THV Plus	max-THV Plus
Tierart	Pferd	Pferd	Pferd	Pferd
Selbstbeteiligung	ohne	150 EUR	ohne	150 EUR
Deckungssumme	50 Mio. EUR	50 Mio. EUR	30 Mio. EUR	30 Mio. EUR
ein Pferd	89,00 EUR	74,00 EUR	74,00 EUR	64,00 EUR
weiteres Pferd	79,00 EUR	64,00 EUR	64,00 EUR	54,00 EUR
Pony/Esel	74,00 EUR	59,00 EUR	59,00 EUR	49,00 EUR
weiteres/r Pony/Esel	64,00 EUR	49,00 EUR	49,00 EUR	39,00 EUR
Pferd/Pony/Esel ohne Reitrisiko	59,00 EUR	44,00 EUR	44,00 EUR	34,00 EUR

## Pferd/Reittier 2

Name Tier 2 \_\_\_\_\_ Rasse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Farbe \_\_\_\_\_

Geschlecht      m      w      Stockmaß \_\_\_\_\_

**Vorschäden (letzte 3 Jahre)**      Ja      Nein      **Vorversicherung**      Ja      Nein

Gesellschaft \_\_\_\_\_ Gesellschaft \_\_\_\_\_

Versicherungsschein-Nr. \_\_\_\_\_ Versicherungsschein-Nr. \_\_\_\_\_

Anzahl \_\_\_\_\_ Zeitpunkt \_\_\_\_\_ Wer hat gekündigt: VN/VR \_\_\_\_\_

Schadenhöhe \_\_\_\_\_ Wurden zuvor Anträge abgelehnt?      Ja      Nein

Tarife für Pferde	max-THV Premium	max-THV Premium	max-THV Plus	max-THV Plus
Tierart	Pferd	Pferd	Pferd	Pferd
Selbstbeteiligung	ohne	150 EUR	ohne	150 EUR
Deckungssumme	50 Mio. EUR	50 Mio. EUR	30 Mio. EUR	30 Mio. EUR
ein Pferd	89,00 EUR	74,00 EUR	74,00 EUR	64,00 EUR
weiteres Pferd	79,00 EUR	64,00 EUR	64,00 EUR	54,00 EUR
Pony/Esel	74,00 EUR	59,00 EUR	59,00 EUR	49,00 EUR
weiteres/r Pony/Esel	64,00 EUR	49,00 EUR	49,00 EUR	39,00 EUR
Pferd/Pony/Esel ohne Reitrisiko	59,00 EUR	44,00 EUR	44,00 EUR	34,00 EUR

**Hinweis:** Bitte verwenden Sie für weitere Tiere das Zusatzdatenblatt zum Antrag auf private Tierhaftpflichtversicherung sowie Einschluss/Wechsel Pferd/Reittier. Prämien gelten inkl. der gesetzlichen Versicherungssteuer von 19%.

## Berechnung der Gesamtprämie

### Pferd/Reittier 1

Name Tier 1 \_\_\_\_\_ Jahresprämie inkl. Versicherungssteuer (19 %) \_\_\_\_\_ €

### Pferd/Reittier 2

Name Tier 2 \_\_\_\_\_ Jahresprämie inkl. Versicherungssteuer (19 %) \_\_\_\_\_ €

Gesamtjahresprämie \_\_\_\_\_ €

## Zahlweisen und Versand der Police

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

halbjährlich

vierteljährlich

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

per E-Mail an VN,  
Kopie an Vermittler

per Post an VN, Kopie per E-Mail an Vermittler

E-Mail Adresse  
des VN

per E-Mail an Vermittler

per Post und per E-Mail an Vermittler

## Wichtige Hinweise

### Die Abwicklung und der Vertrieb erfolgt exklusiv über:

PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH,  
Glockengießerwall 2, 20095 Hamburg,  
Telefon: 040 29 99 40-390, Telefax: 040 29 99 40-9390,  
E-Mail: service@phoenix.versicherung

### Risikoträger:

Landesschadenhilfe Versicherung VaG,  
29683 Bad Fallingbostal,  
Vorstand: Markus Müller (Vorsitzender), Michael Riecke  
Aufsichtsratsvorsitzender: Oliver Drewes

## 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 PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur 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 Lastschrifteinzug. Diese wird mich rechtzeitig vor dem Einzug einer SEPA-Lastschrift informieren und mir meine Mandatsreferenznummer mitteilen.

Kontoinhaber

Name,

Vorname /Firma \_\_\_\_\_

IBAN DE \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

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 PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH wauf 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.

Datum, Unterschrift Kontoinhaber

## Widerrufsbelehrung für den Versicherungsnehmer und seinen Vertreter

**Widerrufsbelehrung:** 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 dieser Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH, Glockengießerwall 2, 20095 Hamburg. Bei einem Widerruf per Telefax oder E-Mail ist dieser an die Faxnummer 040 29 99 40-9390 bzw. die E-Mail-Adresse [service@phoenix.versicherung.de](mailto:service@phoenix.versicherung.de) zu richten.

**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; dieser

Anteil berechnet sich wie folgt:

Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit:

1/360 der Jahresprämie

1/180 der Halbjahresprämie

1/90 der Vierteljahresprämie

1/30 der Monatsprämie

Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur 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. Bei Abrechnung von Verträgen über vorläufige Deckung steht Ihnen kein Widerrufsrecht zu. Über Ihr Widerrufsrecht und die Widerrufsfolgen werden Sie in dem Ihnen zugehenden Versicherungsschein nochmals ausdrücklich belehrt.

## 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- Informationspflichtenverordnung 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, bei Minderjährigen der gesetzlichen Vertreter oder Unterschrift seines ihn vertretenden Versicherungsmaklers

## Schlussklärung 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 PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH bzw. dem Risiko tragenden Versicherer unverzüglich zur Verfügung zu stellen.

## Unterschrift des Versicherungsmaklers

---

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des den Antragsteller vertretenden Versicherungsmakler

**Hinweis:** Mündliche Vereinbarungen haben keine Gültigkeit.