

Antrag zur Haftpflichtversicherung Tier-Therapeut- und Dentist für Groß und Kleintiere *Exklusiv Plus*

Name/Vorname: _____	Beruf: _____
Straße, Hausnr.: _____	Geb.-Datum: _____
PLZ: _____ Wohnort: _____	Tel./ Fax: _____
E-Mail: _____	Mobil: _____

Gewünschter Versicherungsbeginn: _____ **Laufzeit: 1 Jahr**
 (Das Versicherungsverhältnis verlängert sich nach Ablauf der Vertragszeit um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend, wenn es nicht unter Einhaltung der Frist von 3 Monaten vor dem jeweiligen Ablauf von einer der beiden Parteien schriftlich gekündigt wird)

Versicherungsumfang: Deckungssumme € 15 Mio. pauschal für Personen- und Sachschäden
€ 15 Mio Mietsach- & € 250.000,- für Vermögensschäden
€ 15 Mio. für Tätigkeitsschäden (SB 10% mind. € 100,- Höchstens € 2.000,-)
€ 40.000,- für Forderungsausfall (maximal) hierbei SB € 500,-
 (Der gesamte Leistungsumfang ist aus der Sonderdeklaration zu ersehen.)

Gewünschtes Risiko: (bitte ankreuzen) (Sollten mehrere Bereiche angekreuzt werden, gilt eine Jahresprämie)

- | | | |
|--|--------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chiropraktiker | Jahresprämie | (€ 230,46 netto) € 274,25 |
| <input type="checkbox"/> Tierheilpraktiker | Jahresprämie | (€ 230,46 netto) € 274,25 |
| <input type="checkbox"/> Tierhomöopath | Jahresprämie | (€ 230,46 netto) € 274,25 |
| <input type="checkbox"/> Tierosteopath | Jahresprämie | (€ 230,46 netto) € 274,25 |
| <input type="checkbox"/> Tierpsychologe | Jahresprämie | (€ 230,46 netto) € 274,25 |
| <input type="checkbox"/> Tierakupunkteur | Jahresprämie | (€ 230,46 netto) € 274,25 |
| <input type="checkbox"/> Tierphysiotherapeut | Jahresprämie | (€ 230,46 netto) € 274,25 |

Besonderheit:

- | | | |
|--------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tierdentist | Jahresprämie | (€ 267,14 netto) € 317,90 |
|--------------------------------------|--------------|---------------------------|

Jahresprämie gesamt: **netto: €** _____ **incl. 19%: €** _____

Vorversicherer: nein ja _____ **Versicherungsschein-Nr.:** _____

Schäden: nein ja _____
 (Schäden innerhalb der letzten 5 Jahre)

Erläuterungen:

Die oben angegebenen Daten zum Risiko wurden Anhand der Angaben des Versicherungsnehmers ausgefüllt. Für deren Richtigkeit kann keine Haftung übernommen werden. Dem Antrag unterliegen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen auf die angegebene Versicherung.

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT:

Ich ermächtige die Carl Rieck Assecurateur Hamburg GmbH, Stiftstr. 46, 20099 Hamburg (Gläubiger-Identifikationsnummer DE81ZZZ00000146145), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Carl Rieck Assecurateur Hamburg GmbH 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 dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

BIC: _____ **IBAN: DE** _____

Name und Ort des Kreditinstitutes: _____

Kontoinhaber: _____

Durch meine Unterschrift bestätige und akzeptiere ich folgende Sachverhalte (AGB/Datenschutz/Impressum):
Die Versicherungsbedingungen/Versicherungsinformationen lagen mir vor Antragstellung auf den Internet-Seiten des Versicherungsmaklers Bahlmann-Konzepte (www.bahlmann-konzepte.de) zur Einsicht/Druck/Speicherung als PDF-Datei vor und ich habe mich in ausreichender

Zeit- vor Antragsstellung – über die Bedingungen informiert. Ich habe mich frei für einen der o.g. Tarife entschieden und auf eine weitere Beratung durch Bahlmann-Konzepte Versicherungsmakler verzichtet. Durch diesen Verzicht können mir Nachteile bei einer eventuellen Haftbarmachung in Bezug auf Beratungsfehler entstehen. Ein Anspruch gegenüber dem Versicherer ist davon nicht berührt. Auf eine weitere Beratung über andere Versicherungen (außer der in diesem Antrag erwähnten) verzichte ich ausdrücklich. Nach Erhalt der Police habe ich ein 14-tägiges Widerspruchsrecht.

Die Frist gilt als erfüllt, wenn innerhalb der 14 Tage nach Policenübersendung, dem Versicherer/Makler ein Widerspruch in schriftlicher Form (Brief, Fax, E-Mail) zugeht.

Ort / Datum: _____ / _____

Unterschrift Antragsteller: _____

Unterschrift Kontoinhaber: _____

Senden Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Versicherungsantrag bitte an:

E-Mail: info@bahlmann-konzepte.de

Fax: +49 (0)4172-98 00 68

oder per Post:

Bahlmann-Konzepte GmbH
Lüneburger Str. 40 b
21376 Salzhausen

Agt.:702878