



Antrag zur Tierhalter-Haftpflichtversicherung "Pferde"

Versicherungssummen je Versicherungsfall in €:

20 Mio pauschal für Personen- Sach- u. Vermögensschäden, höchstens jedoch das Doppelte dieser Versicherungssummen im Versicherungsjahr

1. Pferd, Pony, Reittier, Zugtier, Turnierpferd, Kleinpferd (100 € inkl. Vers.-steuer)

Name des Pferdes: _____

Rasse: _____

Haarfarbe: _____

2. Pferd, Pony, Reittier, Zugtier, Turnierpferd, Kleinpferd (100 € inkl. Vers.steuer)

Name des Pferdes: _____

Rasse: _____

Haarfarbe: _____

3. Pferd, Pony, Reittier, Zugtier, Turnierpferd, Kleinpferd (100 € inkl. Vers.steuer)

Name des Pferdes: _____

Rasse: _____

Haarfarbe: _____

Versicherungsbeginn: _____ .20 _____

Ablauf: 01. Januar 20 _____

Name des Pferdehalters/
Versicherungsnehmer: _____ Geb.datum: _____

Straße und PLZ/Wohnort: _____

Telefon (bitte f. Rückfragen ang.): _____ **Email:** _____

Die Sonderkonditionen gelten nur für Mitglieder des DTK 1888 e.V und bei Betreuung durch Zander-Versicherungsmakler GmbH & Co. KG.

Bei Austritt aus dem DTK oder bei einem Betreuerwechsel erfolgt die Umstellung des Vertrages auf die Tarifprämie der Nürnberger Versicherung.

Bestand bereits eine Pferdehalter-Haftpflichtversicherung? Ja Nein

Wenn ja, bei welcher Versicherungsgesellschaft _____

Versicherungs-Nr: _____

Gab es Vorschäden? Ja Nein wenn ja, wie viele _____ Schadenhöhe _____ €

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

(Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass die Beiträge ausschließlich per SEPA Lastschriftmandat eingezogen werden können.)

Mit diesem Formular ermächtige ich die vertragsführende/n Konzerngesellschaft/en zum Lastschrifteinzug. Diese wird/ werden mich rechtzeitig vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift informieren und mir meine Mandatsreferenznummer/n mitteilen.

Ich ermächtige die oben genannte/n Konzerngesellschaft/en, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der/n Konzerngesellschaft/en auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich bin damit einverstanden, dass mir der SEPA-Lastschrifteinzug spätestens 5 Kalendertage vorab angekündigt wird. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Art der Zahlung: Wiederkehrende Lastschrift

Zahlungsempfänger

Gläubiger Nürnberg Allgemeine Versicherungs AG
Gläubiger-Identifikationsnummer DE26ZZZ00000022102
Mandatsreferenz wird gesondert mitgeteilt

IBAN: _____

BIC: _____

Datum, Unterschrift Versicherungsnehmers/Kontoinhabers

Vermittler-Nr. 117 19 2443
Rahmenvertrags-Nr. 990000105601