

Antrag auf Tierhalterhaftpflicht

☐ Herr ☐ Frau ☐ Firma

Zu- und Vorname des Antragsstellers			
Straße und Hausnummer			
PLZ	Ort		
Telefon	Telefax	E-Mail	Geb.-dat.
☐ Die Beiträge sollen bis auf Widerruf von meinem Konto abgebucht werden			
Bankleitzahl		Konto-Nummer	
Bank, Filiale, Ort			

Der Vertrag verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht schriftlich gekündigt wird. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor dem Ablauf dem Vertragspartner zugegangen sein. Bei Versicherungsbeginn nach dem 1. Januar wird der Beitrag bis 31. Dez. nach Tagen berechnet. Weitere Fälligkeiten jeweils am 1. Januar

Deckungs- summen	3.000.000,-	für Personenschäden	Vertrags- dauer	(5% Rabatt)	(Jeweils ohne Rabatt)
	1.000.000,-	für Sachschäden		☒ 5 Jahre	☐ 3 Jahre
	200.000,-	für Vermögensschäden		☐ 1 Jahr	
			Zahlungsweise:	jährlich	

Vorversicherung/ Vorschäden	Gesellschaft	Versicherungsschein Nr.	
	Anzahl der Vorschäden	Zeitpunkt	Schadenhöhe
			DM

Hundehaftpflichtversicherung	Jahresbeitrag/DM	
	Jahresbeitrag insgesamt	116,00 DM
	15 % Versicherungssteuer	17,40 DM
Rasse:		
Name:	Jahresfälligkeit	133,40 DM
☒ Laufzeitrabatt von 5% berücksichtigt		

Besondere Vereinbarungen	

Gemeinnützige Haftpflicht-Versicherungsanstalt der Land- und Forstwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft Hessen - Anstalt des Öffentlichen Rechts - Sitz: Darmstadt, Bartningstrasse 57 - Postfach 10 09 14 - 64209 Darmstadt - Tel. 06151/702-0 - Fax. 06151/702135

Verbraucher Information: Die gesetzlich vorgeschriebene Information wird Ihnen nachstehend gegeben. Bitte lesen Sie diese vor Unterzeichnung durch und fragen Sie uns oder Ihren Vermittler, wenn Sie weitere Auskünfte wünschen.
Wir werden Ihnen innerhalb eines Monats den Versicherungsschein und - falls diese nicht bereits ausgehändigt wurden - die Versicherungsbedingungen zusenden. Nach der Zustellung haben Sie vierzehn Tage Zeit zu entscheide, ob Sie dem Vertragsabschluß widersprechen wollen. Sollten Sie uns innerhalb dieser Zeit schriftlich mitteilen, dass Sie entgegen der Antragstellung den Versicherungsvertrag nicht wünschen, so wird dieser hinfällig. Zur rechtzeitigen Mitteilung des Widerspruchs ist die Absendung innerhalb der genannten Frist ausreichend.

Haben Sie eine Vertragslaufzeit von mehr als einem Jahr beantragt, So können sie sich von dem beabsichtigten Vertrag lösen, wenn sie innerhalb von 14 Tagen eine Nachricht an uns abschicken, dass sie Ihren Antrag widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt an dem Tag, an dem Sie diesen Antrag unterschreiben, auch wenn sie Versicherungsbeginn für einen späteren Zeitpunkt wünschen.

Die für Beschwerden zuständige Aufsichtsbehörde ist das: Hessische Ministerium für Wirtschaft, Verkehr und Landesentwicklung - Postfach 3129 - 65021 Wiesbaden
Auf die Möglichkeit der Beitragsanpassung nach § 8 Ziffer III AHB wird hingewiesen. Wird der Beitrag ohne angemessene Leistungsverbesserung erhöht, haben Sie das Recht, den Vertrag ab Gültigkeit der Beitragserhöhung zu kündigen.

ERKLÄRUNG:
Mündliche Erklärungen sind nicht wirksam. Unwahre Angaben gefährden den Versicherungsschutz Ich habe die Fragen vollständig gelesen wahrheitsgetreu beantwortet. Mir ist bekannt, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen, auch wenn der Anstalt durch diese Angaben kein Nachteil entsteht. Mir ist bekannt, dass der Vermittler zur Entgegennahme mündlicher Erklärungen und Angaben nicht bevollmächtigt ist. Ich habe deshalb alle Angaben in diesem Antrag auf Richtigkeit und Vollständigkeit überprüft.
Kenntnis von Verbraucher-Information und Vertragsbedingungen Ich bestätige, dass ich die obenstehende Verbraucher-Information vor Unterzeichnung des Antrages gelesen und die allgemeinen sowie die besonderen Versicherungsbedingungen, die für den Vertrag gelten, erhalten habe.
Einwilligung in die Weitergabe von Daten Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche übermittelt. Ich willige ferner ein, dass der Versicherer, soweit dies zur ordnungsgemäßen Durchführung seiner Versicherungsangelegenheiten erforderlich ist, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten an seine Vertreter weitergibt.
Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung widerrufen kann.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers / Kontoinhabers	Unterschrift des Vermittlers
		Allfinanz Immobilienbüro Franz. X. Schormair Wilhelm-Leuschner-Str. 6 64409 Messel T: 06159/5563 F:06159/1078