

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

HENGSTENBERG & PARTNER GmbH
 Versicherungsmakler
 Sendlinger-Tor-Platz 11 • 80336 München
 Tel.: 089 - 54838-100
 Fax: 089 - 54838-199
 versicherungsmakler@hbup.de
 http://www.hbup.de

Persönlicher Ansprechpartner:

1. Allgemeine Angaben zum Tier	
1.1. Tierart	<input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Katze
1.2. Name	<input type="text"/>
1.3. Rasse	<input type="text"/>
1.4. Geburtsdatum / Alter	<input type="text"/>
1.5. Geschlecht	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich
1.6. Assistenzhund	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Blindenführung <input type="checkbox"/> Signal-/Gehörlosenhund <input type="checkbox"/> Medizinischer Signalthund <input type="checkbox"/> Servicehund <input type="checkbox"/> Kombinationshund <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
1.7. Chip-/Tätowierungsnummer	<input type="text"/>
2. Gesundheitszustand	
2.1. Ist das Tier gesund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn Nein , welche Probleme bestehen und seit wann? <input type="text"/>

<p>2.2. Ist wegen einer schweren Erkrankung eine tierärztliche Beratung, Untersuchung oder Behandlung für das Tier erfolgt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn Ja, weshalb und bei welchen Tierärzten?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.3. Ist ein operativer Eingriff durchgeführt worden oder ist aktuell eine OP erforderlich bzw. tierärztlich für das Tier angeraten?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn Ja, weshalb und bei welchen Tierärzten?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.4. Erfolgte eine Grundimmunisierung (Erstimpfung)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn Ja, bei welchem Tierarzt?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.5. Haben/Möchten Sie eine freiwillige Gesundheitsuntersuchung der zu versichernden Tiere vornehmen lassen? (Kosten trägt der Versicherungsnehmer / ggfs. Tarif-Rabatt bei Gesellschaften möglich)</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p>
<p>3. Gewünschter Versicherungsschutz</p>	
<p>3.1. Versicherungsschutz</p> <p>Die Leistung erfolgt auf Basis der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT).</p>	<p><input type="checkbox"/> OP-Schutz (Ersetzt werden je nach Tarifumfang Operationskosten inkl. operationsvorbereitende Untersuchung sowie Nachbehandlung und Unterbringungskosten infolge Unfalls oder Krankheit.)</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> OP-Kranken-Schutz (Ersetzt werden je nach Tarifumfang Kosten für medizinisch notwendige Behandlungen und Operation (inkl. Vor- und Nachbehandlung). Einzelne Tarife sehen auch Leistungen z. B. für Impfungen, Kastration, Sterilisation vor.)</p>
<p>3.1.1. Gebührenordnung</p>	<p><input type="checkbox"/> 1-fache GOT <input type="checkbox"/> 2-fache GOT <input type="checkbox"/> 3-fache GOT <input type="checkbox"/> 4-fache GOT <input type="checkbox"/> Über die Höchstsätze der GOT</p>
<p>3.1.2. gewünschte Versicherungssumme (generelle Obergrenze für die jährlich übernommenen Kosten)</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<p>3.1.3. Selbstbeteiligung</p>	<p><input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> gewünscht</p>



<p>3.2. Bestand eine Vorversicherung zur OP-Kosten oder Krankenversicherung?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn Ja, bitte angeben: Gesellschaft <input type="text"/> Vertragsnummer <input type="text"/> beendet zum <input type="text"/></p>
<p>3.3. Wird weiterer Versicherungsschutz gewünscht?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn Ja: <input type="checkbox"/> Tierhalterhaftpflicht <input type="checkbox"/> Rechtsschutzversicherung <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>
<p>4. Sonstige Hinweise, Bemerkungen</p>	<p><input type="text"/></p>
<p>5. Einverständniserklärung zur Datenweitergabe und Belehrung</p>	<p>Bei den Fragen handelt es sich um Fragen über gefahrerhebliche Umstände. Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, im Falle der vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.</p> <p>Wird die Anzeigepflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, hat der Versicherer das Recht, den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Anzeigepflichtverletzung unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.</p> <p>Diese Daten werden ggf. zur weiteren Verarbeitung (z.B. Angebotserstellung, Schadenbearbeitung etc.), wie in der "Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung" beschrieben, an Versicherer und Dienstleister weitergeleitet.</p>
<p>_____ Datum, Unterschrift des Versicherungsmaklers</p>	<p>_____ Datum, Unterschrift des Kunden</p>
<p>Interne Notizen</p> <p>Mitarbeiter: <input type="text"/> Datum : <input type="text"/> Uhrzeit: von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben <input type="checkbox"/> persönliche Besprechung <input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>
<p>Rev001 vom 13.07.2021</p>	