HANS BLECKEN VON SCHMELING
ASSEKURANZKONTOR
Ein Unternehmen der Bodis Gruppe
Tel.: 040 24 82 17-0, Fax: 040 24 82 17 49 e-mail: info@ottobodis.de

Antrag auf Pferdehalter-Haftpflichtversicherung

Angaben zum Pferdehalter

Versicherungsnehmer : _____

Straße / Haus-Nr.: : _____

Postleitzahl / Ort : _____

Geburtsdatum / Beruf : _____

Telefon (tagsüber) / Fax / Mobil : _____

e-mail-Adresse : _____

Standort des Pferdes : _____

gewünschte Deckungssummen: ☐ EUR 10 Mio. Pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
☐ EUR 30 Mio. Pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

Vers.-beginn/-ende; Laufzeit 1 Jahr : vom _____ 0:00 Uhr bis _____ 0:00 Uhr

Angaben zum Pferd

Name : _____

Rasse / Geschlecht : _____

Geburtsjahr / **Stockmaß!** : _____

Kennzeichen / Farbe : _____

Abstammung: Vater / Mutter : _____

Nachlässe:

☐ EUR 150,- Selbstbeteiligung **10%**
☐ Ausschluss Gast-/Fremdreiter **10%**
☐ Ausschluss Flurschäden **5%**
☐ EUR 250,- Selbstbeteiligung **15%**
☐ Ausschluss Turnierrisiko **5%**
☐ Bündelungsnachlass für mehrere Tiere

Zuschläge:

☐ Private Kutsch-, Planwagen- und Schlittenfahrten **15%**
☐ Gewerbliche Kutsch-, Planwagen- und Schlittenfahrten **100%**
☐ Verleihrisiko / Schulungsrisiko je Pferd **150%**

Achtung: Ausschlüsse von versicherten Risiken sind nur zur jeweils nächsten Jahresfälligkeit möglich!

Jahresnettoprämie: EUR _____ zzgl. 19% Versicherungssteuer

Besitzen Sie noch weitere Pferde? ☐ Ja ☐ nein Gesamtanzahl:

Bestand für dieses Pferd schon eine Pferdehalter-Haftpflichtversicherung? Wenn ja, bei welcher Gesellschaft? Versicherungsschein-Nr.:? Gab es Schäden? Kündigung durch ☐ Antragssteller ☐ Versicherungsgesellschaft.

_____

Abschluss der Police nur in Verbindung mit der Erteilung einer Lastschrifteinzugsermächtigung möglich

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Ich (Wir) ermächtige(n) die Firma Hans Blecken von Schmeling, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, der Firma Hans Blecken von Schmeling XY auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.
Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Ich bin (Wir sind) damit einverstanden, dass die Frist für die Ankündigung des Lastschrifteinzugs von 14 Kalendertagen auf 5 Kalendertage vor Fälligkeit der Lastschriftzahlung verkürzt wird. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeiträgen genügen eine einmalige Ankündigung vor dem ersten Lastschrifteinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine.

Zahlungsempfänger

Gläubiger:	Firma Hans Blecken von Schmeling, ABC-Str. 1, 20354 Hamburg
Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE61ZZZ00000455935
Mandatsreferenz:	wird gesondert mitgeteilt

Zahlungspflichtiger

Titel:	
Anrede:	
Vorname Kontoinhaber:	
Nachname Kontoinhaber:	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ):	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Land:	
Kreditinstitut:	
IBAN:	
BIC:	

Die Firma Hans Blecken von Schmeling wird von mir (uns) ermächtigt, dieses SEPA-Lastschriftmandat ggf. um die notwendigen Angaben zu IBAN und/oder BIC zu ergänzen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift(en): _____