

Vertragserklärung auf eine Fohlen-Absatzversicherung

Hiermit beantrage ich für mein Fohlen im Rahmen der Allgemeinen Bedingungen der Uelzener für die Versicherungen von Pferden und anderen Einhufern (AVP 2008) folgenden Versicherungsschutz:

Vermittelt durch:

A.K.119_0110

Haftungsumfang: Tod oder Nottötung durch Krankheit oder Unfall, Brand und Blitzschlag. Zusätzlich sind Raub und Diebstahl sowie dauernde Unbrauchbarkeit durch Unfall eingeschlossen. Mitversichert sind alle Transporte und Ausstellungen.

Versicherungsbeginn: 00:00 Uhr, frühestens mit Eingang dieser Antragskarte in Uelzen.

Versicherungsende: Bei Verkäufen ab Stall: Bei Übergabe an den Käufer im Jahr der Geburt.
Bei Auktion: Mit Zuschlag im Jahr der Geburt.
Bei nicht verkauften Fohlen: Spätestens am 01.10. des Jahres.

Entschädigung: 80 % für alle versicherten Risiken.

Versicherungssumme	Beitrag
<input type="checkbox"/> 1.500 € für lfd. Nr. ____ / ____ / ____ =	53,55 €
<input type="checkbox"/> 2.000 € für lfd. Nr. ____ / ____ / ____ =	71,40 €
<input type="checkbox"/> 2.500 € für lfd. Nr. ____ / ____ / ____ =	89,25 €
<input type="checkbox"/> 3.000 € für lfd. Nr. ____ / ____ / ____ =	142,80 €

Versicherungssumme	Beitrag
<input type="checkbox"/> 3.500 € für lfd. Nr. ____ / ____ / ____ =	166,60 €
<input type="checkbox"/> 4.000 € für lfd. Nr. ____ / ____ / ____ =	190,40 €
<input type="checkbox"/> 4.500 € für lfd. Nr. ____ / ____ / ____ =	214,20 €
<input type="checkbox"/> 5.000 € für lfd. Nr. ____ / ____ / ____ =	297,50 €

Bei Versicherungssummen über 2.500 € ist ein aktuelles Gesundheitsattest erforderlich. Alle Beiträge inkl. 19 % Versicherungssteuer.

lfd. Nr.	Alter	Geschlecht	Farbe/Abzeichen	Abstammung Vater/Mutter
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____

Antragsteller/-in:

Name, Vorname, Titel: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon*: _____

* Zur Beratung und Information über Versicherungs- und Finanzdienstleistungen.

Arbeiter Angestellter Selbstständig

Wie krankenversichert: gesetzlich freiwillig

Bankverbindung (falls Einzug erwünscht):

Geldinstitut: _____

Konto-Nr.: _____

Bankleitzahl: _____

Ich bestätige, dass die zur Versicherung angemeldeten Fohlen fehlerfrei und gesund sind.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte freimachen falls Marke zur Hand

Deutsche Post 
ANTWORT

Uelzener Versicherungen
Postfach 2163
29511 Uelzen