

# Antrag zur Hundehalter-Haftpflichtversicherung als Rahmenvertrag des Whippet Club Deutschland e.V.



	1	2	Zwinger-Haftpflicht (ab 3 Whippets 99 €/Jahr)
Anzahl der Whippets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(je Hund 39 €/Jahr inkl. Versicherungssteuer)

Vermittler-Nr.  
117 19 2443

**Bei einer Zwinger-Haftpflichtversicherung (ab 3 Whippets) benötigen wir keine Angaben von Täto, - Chip-Nr. und Anzahl der Hunde**

Rahmenvertrags-  
Nr. 990000105601

Versicherungssummen je Versicherungsfall in €:  
20 Mio pauschal für Personen- Sach- u. Vermögensschäden, höchstens jedoch das Doppelte dieser Versicherungssummen im Versicherungsjahr

**\*\*\* BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN \*\*\***

Name 1. Hund \_\_\_\_\_ Chip-Nr. \_\_\_\_\_ **\*\*\*WICHTIG\*\*\***  
Name 2. Hund \_\_\_\_\_ Chip-Nr. \_\_\_\_\_ **Als Halternachweis muss jeder Hund tätowiert oder gechipst sein!**

*Die Sonderkonditionen gelten nur für Mitglieder des Whippet Club Deutschland e.V. und bei Betreuung durch Zander-Versicherungsmakler GmbH & Co. KG. Bei Austritt aus dem Whippet Club oder bei einem Betreuerwechsel erfolgt die Umstellung des Vertrages auf die Tarifprämie der Nürnberger Versicherung.*

Versicherungsbeginn: \_\_\_\_\_ .20 \_\_\_\_\_ **Ablauf:** 01.Januar 20 \_\_\_\_\_  
Name des Hundehalters/  
Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_  
Straße und PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_  
**Telefon (bitte f. Rückfragen ang.):** \_\_\_\_\_ **Emailadresse:** \_\_\_\_\_

Bestand bereits eine Hundehalter-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	Nürnberger Allgemeine Versicherungs AG
Gläubiger-Identifikationsnummer	DE26ZZZ00000022102
Mandatsreferenz	wird gesondert mitgeteilt
IBAN:	_____
BIC:	_____

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Versicherungsnehmers/Kontoinhabers