

**Antrag auf Haftpflichtversicherung TIERARZT/ÄRZTIN**

**VN (=Beitragszahler)** Zuname,Vorname, Titel , **Geb.Daten**(TT.MM.JJJJ) oder Firmenwortlaut, **PLZ, Adresse:**

**Vers.Person(en)** Zuname,Vorname, Titel, **Geb.Daten**(TT.MM.JJJJ)

Wenn ident : keine Angabe erforderlich - siehe oben

**Beginn:**

**Dauer: 1 Jahr**

mit Verlängerung um ein weiteres Jahr, wenn noch Vereinsmitglied  
(im Beitrittsjahr bis zum 1.1. des Folgejahres)

**Zahlungsweise:**

**jährlich mit Bankeinzug**

**VERSICHERUNGSSUMME**

**€ 1,500.000,- pauschal ( Personen-, Sach – u. abgeleitete Vermögensschäden)**

Zugrunde liegende Vertragsbedingungen: AHVB und EHVB 2003 des Versicherers

gemäß dem Deckungsumfang der Rahmenvereinbarung Verein zur Sicherung der österr. Gesundheitsberufe

**1 Hund od. Pferd Tierhalterhaftpflicht pro Tierarzt prämienfrei (Name, Rasse):**

**Jahresprämien/Ergänzungsprämien**

Einzelprämie pro Tierarzt/Tierärztin

jährlich

€ 400,-

Pro weiterem Tierarzt/Tierärztin in selber Ordination

jährlich

€ 300,-

Existenzgründerbonus im 1.Jahr (minus 50% auf die Prämie bis 1.1.)

ja (Kammerbestätigung)

nein

**Erweiterung des Versicherungsschutzes** (kein Rabatt bei Ausschluss OP-Risiko)

- **Reine Vermögensschäden von € 20.000,- auf € 50.000,-**

ja

nein

**Zusatzprämie** jährlich € 300,-

- **Einschluss Schäden bei Benützung fremder Ordinationen**

ja

nein

(VSU: € 5.000,- ; Selbstbehalt in jedem Schaden € 200,-)

**Zusatzprämie** jährlich € 300,-

- **weitere Hunde od. Pferde** (namentl.Nennung, Rasse)

ja

nein

**Zusatzprämie** jährlich € 34,- pro Tier

**Reduzierung des Versicherungsschutzes :**

- **Ausschluss** der Risiken Operation, Tierbesamung und Entmilbung

ja

nein

**für:**  alle Versicherten  nur für ( Name):

**Nachlass** 50 % auf die Basis-Haftpflichtprämie

**Wurde eine Vorversicherung bereits gekündigt oder einvernehmlich gelöst ?**

nein

ja , \_\_\_\_\_ (Gesellschaft, Pol.Nr.)

**Jahresprämie inkl. Vers.St.**

€

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum, Unterschrift (fimenmäßige Zeichnung)**

**An**  
(kontoführende Bank)

**Auftraggeber:**

Name, Vorname, Titel:

Straße, Hausnummer, Stiege, Tür:

Postleitzahl, Ort:

**Bankleitzahl:**

EP:
FP:

**Kontonummer:**

**Zahlungsempfänger:**

Verein zur Sicherung der österreichischen Gesundheitsberufe  
A - 1030 Wien, Haidingerg. 17/17

**Verwendungszweck:**

Versicherungsprämie

**ABBUCHUNGSauftrag für Lastschriften**

Sie werden hiermit widerruflich beauftragt, die von oben genanntem Zahlungsempfänger ausgefertigten und zum Einzug über mein (unser) Konto bestimmten Lastschriften durchzuführen.

Die vom Konto abzubuchenden Beträge unterliegen keiner betragsmäßigen Beschränkung.

Sie sind berechtigt, Lastschriften zurückzuleiten, insbesondere dann, wenn das Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist.  
Teilzahlungen sind nicht zu leisten.

Ich (Wir nehme(n) zur Kenntnis, dass ein Einspruch gegen Belastungen, die im Rahmen dieses Auftrages erfolgen, Ihnen gegenüber nicht möglich ist. Einwendungen, die sich auf das der Lastschrift zugrunde liegende Rechtsgeschäft beziehen, sind zwischen mir (uns) und dem Zahlungsempfänger direkt zu regeln. Ein Widerruf dieses Auftrages gilt ab dem Zeitpunkt des Einlangens bei der kontoführenden Stelle. Vom Widerruf werde(n) ich (wir) die oben angeführten Zahlungsempfänger gleichzeitig benachrichtigen. Im Übrigen gelten die "Allgemeinen Geschäftsbedingungen der österreichischen Kreditunternehmungen".

**Eine Kopie eines Lichtbildausweises (Reisepass od. ÖFS) lege ich bei.**

.....  
**Ort und Datum**

.....  
**Unterschrift des Auftraggebers**