

# Antrag Hundebergungs-Versicherung

## Antragsteller/Versicherungsnehmer

Herr ☐ Frau ☐

|                                       |                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Name                                  |                                     |
| Vorname                               | Geb.-Datum (Tag/Monat/Jahr)         |
| Straße                                | Haus-Nr.                            |
| PLZ                                   | Wohnort                             |
| Telefon tagsüber (freiwillige Angabe) | E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe) |
| Sektion                               | Mitgliedsnummer                     |

Senden Sie bitte den ordnungsgemäß ausgefüllten und unterschriebenen Antrag zum jeweils gewählten Tarif an die  
**URV – Union Reiseversicherung AG**  
**Reiseservice**  
**D-66087 Saarbrücken**

**Vorsitzender des Aufsichtsrats:** Dr. Stephan Spieleder  
**Vorstand:** Klaus G. Leyh (Vorsitzender),  
Mareike Steinmann-Baptist  
**Telefon:** (089) 21 60-67 45, **E-mail:** reiseservice@urv.de

**Bankverbindung:**  
IBAN DE44 5905 0000 0020 0141 14 · BIC SALADE55XXX  
**Umsatzsteuer-ID-Nr.:** DE 259197822  
(Versicherungsbeiträge sind umsatzsteuerfrei)  
**Gläubiger-ID:** DE07URV00000156983

**Ich beantrage hiermit bei der Union Reiseversicherung AG den Abschluss einer Hundebergungs-Versicherung nach Tarif HBLDAV24.**

## Versicherungsbeginn

Tag/Monat/Jahr

## Versicherungsumfang Hundebergungs-Versicherung

Versichert sind die Kosten, wenn der versicherte Hund aufgrund eines versicherten Ereignisses geborgen werden muss. Die Kosten werden erstattet bis max. 3.000,- EUR je Hund.

## Zu versichernde(r) Hund(e)

|   |                             |                             |                         | Prämie     |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------|------------|
| 1 | Name des Hundes, Hunderasse | Geb.-Datum (Tag/Monat/Jahr) | Chipnummer (15-stellig) | 12,00 EUR* |
| 2 | Name des Hundes, Hunderasse | Geb.-Datum (Tag/Monat/Jahr) | Chipnummer (15-stellig) | 12,00 EUR* |
| 3 | Name des Hundes, Hunderasse | Geb.-Datum (Tag/Monat/Jahr) | Chipnummer (15-stellig) | 12,00 EUR* |

\* Jährlicher Beitrag inkl. der z. Zt. gültigen Versicherungssteuer

## Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung (Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung)

Mit meiner folgenden Unterschrift willige ich in die nachfolgenden Einwilligungstatbestände ein

- Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Versicherer
- Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer von der Schweigepflicht geschützter Daten an Stellen außerhalb der Versicherer
- 2.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
- 2.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

- 2.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen
- 2.4 Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Nähere Informationen zu oben aufgeführten Einwilligungstatbeständen finden Sie auf den Seiten 3–4 (AVB Hundebergungs-Versicherung).

## Zusatzklärungen

Ich bestätige, dass ich die Widerrufsbelehrung sowie die Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung vor Abgabe meiner Unterschrift zur Kenntnis genommen habe und willige ein, dass meine Daten, wie dort beschrieben verwendet werden. Die Einwilligungen sind Inhalt dieses Antrags und werden wichtige Bestandteile des Vertrages.

|       |                                                              |                                                    |
|-------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Datum | Unterschrift des Antragstellers bzw. gesetzlichen Vertreters | Unterschrift zu versichernde Personen ab 16 Jahren |
|-------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

Die Erteilung des SEPA-Lastschriftmandates ist Voraussetzung für das Zustandekommen des Versicherungsvertrages. Dieser wird für ein Jahr abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, wenn er nicht fristgemäß gekündigt wird.

## SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende SEPA-Basislastschriften

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Union Reiseversicherung AG, Beiträge für diesen abzuschließenden Vertrag von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen/weisen wir unseren unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von der Union Reiseversicherung AG auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Hinweise: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Auf diese Bankverbindung sollen auch meine Versicherungsleistungen überwiesen werden.

|                                          |     |
|------------------------------------------|-----|
| Kontoinhaber: Name, Vorname              |     |
| Straße und Hausnummer                    |     |
| Postleitzahl                             | Ort |
| IBAN                                     | BIC |
| Kreditinstitut                           |     |
| Ort, Datum                               |     |
| Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s) |     |

**SEPA-Lastschriftmandat**  
**Union Reiseversicherung**  
**Aktiengesellschaft,**  
**Maximilianstraße 53,**  
**D-80530 München**  
**Gläubiger-Identifikationsnummer:**  
**DE07URV00000156983**  
**Mandatsreferenz:**  
**Ihre Versicherungsnummer**