

SCHADENSANZEIGE FÜR EINE TIERLEBENSVERSICHERUNG

Bitte diese Schadensanzeige im Original an unten stehende Adresse senden!

Alle Fragen müssen beantwortet werden. Bei nicht oder unleserlich beantworteten Fragen können wir Ihre Forderung abweisen und/oder Sie müssen unsere Entscheidung gegen sich gelten lassen.

1. Versicherungsnummer

Versicherungsnummer: _____ Versicherungszeitraum von: _____ bis: _____

2. Versicherungssumme

Versicherungssumme: € _____ oder CHF _____

3. Versicherungsnehmer

Name, Vorname, Firma: _____

Straße, Haus-Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____ Telefax: _____

Telefon geschäftlich: _____ E-mail: _____

Beruf / Art Ihres Betriebes: _____

4. Das versicherte Pferd

Name des Pferdes: _____

Geboren am: _____ Lebensnummer: _____

Geschlecht: _____ Farbe: _____

Rasse: _____ Abzeichen: _____

Vater: _____ Mutter: _____

5.

Haben Sie den Schaden bereits gemeldet? Ja Nein

Wenn ja, wann? _____

Wenn ja, wie haben Sie den Schaden gemeldet? Telefonisch Schriftlich Zu Anschrift? _____

Wenn nein, warum nicht? _____

6.

Ist das Pferd aus eigener Zucht? Ja Nein

Wenn ja, bitte Wertangabe: _____

Wenn nein, wie lange sind Sie Eigentümer des Pferdes? _____

Name des Vorbesitzers: _____

Vollständige Anschrift des Vorbesitzers: _____

Kaufpreis: _____

Ist ein Kaufvertrag vorhanden? Ja Nein

Bei einer Stute

War Ihre Stute trächtig? Ja Nein

Wenn ja, wann wurde Ihre Stute gedeckt / besamt? _____

Wenn ja, von welchem Hengst? _____

Wie hoch war das Deckgeld? _____

Wann war Ihre Stute letztmalig tragend? _____

7.

Bitte geben Sie an, wann das Pferd erstmals krank oder verletzt war:
Ist das Pferd vor dem Eintreffen des Tierarztes behandelt worden?
Wenn ja, um welche Behandlung handelte es sich?

Datum: _____ Uhrzeit: _____ Ort: _____
 Ja Nein

8.

Wann wurde der Tierarzt zum ersten Mal verständigt?
Wann traf der Tierarzt zum ersten Mal ein?
Wurde vom Tierarzt gleich eine Diagnose gestellt?
Wenn ja, welche Diagnose wurde gestellt?

Datum: _____ Uhrzeit: _____
Datum: _____ Uhrzeit: _____
 Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

9. Der behandelnde Tierarzt ist:

Name: _____
Straße, Haus-Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ Telefax: _____
Mobiltelefon : _____ E-mail: _____

10. Ihr fester Hoftierarzt ist:

Name: _____
Straße, Haus-Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ Telefax: _____
Mobiltelefon : _____ E-mail: _____

11.

Wofür wurde das Pferd zum Zeitpunkt der ersten Erkrankung oder Verletzung eingesetzt?
Wenn das Pferd verletzt war, wie kam es zu der Verletzung des Pferdes?

12.

Wer war für das Pferd zum Zeitpunkt der Erkrankung oder der Verletzung verantwortlich?

Name: _____
Straße, Haus-Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon/ Telefax: _____

13.

Nennen Sie Datum und Zeitpunkt des Todes oder der Einschläferung des Pferdes:

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Wenn das Pferd eingeschläfert wurde, auf wessen Empfehlung wurde das Pferd eingeschläfert?

14.

Ist die Krankheit oder die Verletzung auf die offensichtliche Fahrlässigkeit einer Person zurückzuführen ?

Ja Nein

Wenn ja, nennen Sie bitte Namen, Anschrift und Beruf dieser Person:

Name: _____
Straße, Haus-Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon/ Telefax: _____
Beruf: _____

15.

Nennen Sie Einzelheiten früherer Krankheiten oder Verletzungen des Pferdes, seit es in Ihrem Besitz ist (evtl. gesondertes Blatt verwenden):

Bitte geben Sie Namen und Anschrift des behandelnden Tierarztes an:

Name: _____
Straße, Haus-Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon/Telefax: _____

16.

Nennen Sie Einzelheiten früherer Behandlungen oder operativer Eingriffe bei dem Pferd, seit es in Ihrem Besitz ist (evtl. gesondertes Blatt verwenden):

Bitte geben Sie den Namen und Anschrift des behandelnden Tierarztes an:

Name: _____
Straße, Haus-Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon/Telefax: _____

17.

Haben Sie in den letzten drei Jahren Ansprüche im Rahmen einer Pferdeversicherung geltend gemacht?

Ja Nein

Wenn ja, tragen Sie bitte im Folgenden die Angaben und den Namen des betreffenden Versicherungsmaklers ein.

Versicherungsträger: _____

Schadensdatum: _____

Schadensbetrag: _____

Datum der Schadenszahlung: _____

Identifikation des Tieres (Lebensnummer und / oder Chip und Abzeichen): _____

Schadensursache: _____

Versicherungsmakler: _____

18.

War das Pferd, auf das sich dieser Anspruch bezieht, bei einer anderen Gesellschaft versichert?

Ja Nein

Wenn ja, bei welcher Gesellschaft?

Sitz der Gesellschaft: _____

19.

Sind Sie der alleinige Besitzer bzw. die alleinigen Besitzer?

Ja Nein

Wenn nein, nennen Sie bitte Namen und Anschrift der anderen Besitzer:

Name: _____
Straße, Haus-Nr.: _____
PLZ, Ort: _____

Bitte spezifizieren Sie Ihren Besitzanteil: _____

20.

Besteht in Bezug auf das betreffende Pferd ein hypothekarisch gesichertes Zurückbehaltungsrecht oder Darlehen, eine Verkaufsurkunde oder eine andere Belastung ?

Ja Nein

Wenn ja, nennen Sie bitte die Einzelheiten:
