

Versicherungsantrag / Verbal

Reg.-Nr _____
 Block _____ Klasse _____

Versicherungsnehmer	Name _____	Vorname _____
	Strasse _____	PLZ / Ort _____
	Tel. Privat _____	E Mail _____
	Handy _____	IBAN / PC _____
	Schon ein Pferd bei PFVL versichert?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

zu versicherndes Pferd	Name _____	Gattung _____	Geboren _____
	Geschlecht _____	Rasse / Nationalität _____	
	Farbe _____	Stockmass _____ cm	Zuchstute Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Pf.-Pass Nr. _____	Chip Nr. _____	
	Verwendung: Springsport / Military <input type="checkbox"/>	Dressur <input type="checkbox"/>	Freizeit <input type="checkbox"/>
	Standort _____ (wenn nicht Adresse Versicherungsnehmer)	Ersatz für _____	

Beurteilung der Gesundheit des Pferdes

Beurteilung bei Schätzung

Durch Schätzungskommission / Tierarzt auszufüllen	Herz-Kreislaufapparat _____
	Atemapparat _____
	Verdauungsapparat _____
	Haut _____
	Auge _____
	Bewegungsapparat _____
	Adspektion / Palpation (Überbeine, Sehnen, Gelenke, Rücken) _____
	Gangbeurteilung (Schritt, Trab, Volte, Koordination) _____
	Beuge- und Brettprobe _____
	Vorbehalte _____

Gesundheitsfragen Vergangenheit (nach Angaben Versicherungsnehmer)

Lahmheit _____
Kolik _____
Husten _____
Zahnprobleme _____
Augenentzündungen _____
andere Erkrankungen / Unfälle _____

Unterschrift Tierarzt: _____ Unterschrift Schätzungskommission 1 + 2 _____

Der Tierarzt:

(Datum/Unterschrift/Praxisstempel)

