



Reg.-Nr \_\_\_\_\_  
 Klasse \_\_\_\_\_

## Versicherungsantrag / Verbal

Block \_\_\_\_\_

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	Zuchtstute    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	Herzkreislaufapparat _____
	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)

Durch Schätzungskommission / Tierarzt auszufüllen	Lahmheit _____
	Kolik _____
	Husten _____
	Zahnprobleme _____
	Augenentzündungen _____
	andere Erkrankungen / Unfälle _____

Unterschrift Tierarzt:

Unterschrift Schätzungskommission 1 + 2

**Der Tierarzt:**

(Datum/Unterschrift/Praxisstempel)

