

Oplysninger om forsikringstageren

Efternavn/fornavn	Cpr-nummer	Forsikringsnummer
-------------------	------------	-------------------

Oplysninger om hesten

Hestens navn		Født (dag, md, år)	Køn ☐ Hoppe ☐ Hingst ☐ Vallak
Race	ID-/registreringsnummer	Farve/aftegninger/særlige kendetegn	

Sygdomshistorik

Sygdommen startede (dag, md, år)	Dato for konsultation (dag, md, år)	Undersøgt (dag, md, år)
Hvis dyret ikke er i live (dag, md, år) Dødsdag	Blev aflivet	
Detaljeret sygdomshistorik		

Sygdomsbeskrivelse

Sygdomsbeskrivelse, behandling og prognose (fortsæt gerne på løst papir)	
Diagnose	Diagnosekode

Fortsat: Dyrlægeattest

Kan yderligere rekreation/genoptræning påvirke forløbet?		
☐ Negativt	☐ Positivt	☐ Slet ikke
Fremtidig anvendelse som hest		
☐ God	☐ I tvivl	☐ Ingen
Anvendelighed som avlshest:		
☐ God	☐ I tvivl	☐ Ingen
Prognose for levedygtighed		
☐ God	☐ I tvivl	☐ Ingen

Slagtning/aflivning

☐ Hesten kan slagtes normalt	☐ Bør af dyreværnshensyn nødslagtes
Hvis hesten er aflivet/slagt, er det da sket	
☐ På hesteejerens anmodning	
☐ På anmodning fra undertegnede	
☐ Efter diskussion med/samtykke fra Agria, navn:	
Er hesten obduceret?	
☐ Ja Nej Udført af undertegnede dato: ____ / ____ / ____	
☐ Obduktionsfund	
☐ Hesten indsendt til, angiv her	

Øvrige oplysninger

Andre oplysninger af betydning, f.eks. hvis en anden dyrlæge har behandlet hesten

Oplysninger om hestens sygdom/skade

By og dato	Underskrift dyrlæge
Dyrlægens navn, klinikkens/dyrehospitalets navn og telefon	

Anmeldelsen vedrører

☐ Fuld erstatning ☐ Delvis erstatning ☐ Foster/føl

Forsikringstagerens oplysninger

Efternavn/fornavn	Cpr-nummer	Forsikringsnummer
Adresse	Postnummer og by	
Telefonnummer	E-mail	

Kontooplysninger

Kontonummer, inklusive reg.nr.	Skal eventuel erstatning indsættes på bankkonto?	Nej, Ja, udfyld oplysningerne nedenfor
Bankens navn og by		

Oplysninger om hesten

Hestens navn		Født (dag, md, år)	Køn ☐ Hoppe ☐ Hingst ☐ Vallak
Race	ID-/registreringsnummer	Farve/aftegninger/særlige kendetegn	
Afstamning (Far/morfars stambogsnavn)			
Købt ☐ Ja ☐ Nej			
Hvis "ja", angiv sælger	Købsdato	Købspris	

Foster/føl

Seneste bedækningsdato	Hingstens navn
------------------------	----------------

Se bagside

Fortsat: Forsikringstagerens oplysninger

Oplysninger om hestens sygdom/skade

Hvornår blev hesten syg/skadet (dag, md, år):

Beskriv hvordan sygdommen/skaden opstod og viste sig (benyt evt. bagsiden eller løst papir til yderligere oplysninger)

Blev dyrlægen kontaktet?

☐ Ja ☐ Nej

Hvis "Ja" oplys dyrlæge og dato for konsultation (dag, md, år)

Hvis "Nej" angiv årsag

Har hesten haft lignende symptomer før? Hvis "Ja" angiv hvornår (dag, md, år) og navn på evt. dyrlæge

Hvis hesten ikke er i live:

☐ Døde (dag, md, år): _____ ☐ Blev aflivet (dag, md, år) navn på dyrlæge: _____

Øvrige oplysninger

Er der anmodet om erstatning eller kan erstatning udbetales fra anden side, f.eks. et andet forsikringsselskab, evt. ny hest fra sælger?

☐ Nej ☐ Ja, angiv nærmere: _____

Underskrift

Jeg bekræfter, at de afgivne oplysninger er fuldstændige og korrekte.

Dato

Forsikringstager