

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.
Bankens navn og by

Oplysninger om hesten

Hestens navn	Født (dag, md, år)	Køn <input type="checkbox"/> Hoppe <input type="checkbox"/> Hingst <input type="checkbox"/> Vallak
Race	ID-/registreringsnummer	Farve/aftegninger/særlige kendetegn
Afstamning (Far/morfars stambogsnavn)		
Købt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 forsikringselskab, evt. ny hest fra sælger?

Nej Ja, angiv nærmere: _____

Underskrift

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

Dato

Forsikringstager

Oplysninger om forsikringstageren

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

Oplysninger om hesten

Hestens navn	Født (dag, md, år)	Køn <input type="checkbox"/> Hoppe <input type="checkbox"/> Hingst <input type="checkbox"/> 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

Email: skaderhest@agria.dk

Eller per brev til:

Agria Dyreforsikring

Postboks 744,

2730 Herlev

Telefon 7010 1065

Fortsat: Dyrlægeattest

Kan yderligere rekreation/genoptræning påvirke forløbet?
<input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Slet ikke
Fremtidig anvendelse som _____ hest
<input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> I tvivl <input type="checkbox"/> Ingen
Anvendelighed som avlshest:
<input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> I tvivl <input type="checkbox"/> Ingen
Prognose for levedygtighed
<input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> I tvivl <input type="checkbox"/> Ingen

Slagtning/aflivning

<input type="checkbox"/> Hesten kan aflives/slagtes normalt <input type="checkbox"/> Bør af dyreværnshensyn aflives/nødslagtes
Hvis hesten er aflivet/slagt, er det da sket
<input type="checkbox"/> På hesteejerens anmodning
<input type="checkbox"/> På anmodning fra undertegnede
<input type="checkbox"/> Efter diskussion med/samtykke fra Agria, navn: _____
Er hesten obduceret?
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, af undertegnede den: ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Obduktionsfund _____
<input type="checkbox"/> 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	