

SKADEANMÄLAN LIV HÄST



Försäkringstagarens namn		Personnummer	
Adress		Postnummer och Postort	
Försäkringsnummer	E-post		Telefon dagtid / Mobilnr
Ersättning önskas till <input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Bankkonto		Kontonummer (inklusive clearingnummer)	Redovisningsskyldig för moms <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

SKADEANMÄLAN AVSER

<input type="checkbox"/> Häst	<input type="checkbox"/> Full ersättning	<input type="checkbox"/> Tillstånd till avlivning
<input type="checkbox"/> Foster/föl	<input type="checkbox"/> Delersättning	

UPPGIFTER OM HÄSTEN

Namn	Född	Inköpt datum	Kön
Reg. nr eller ID. nr	Ras		
Egen uppfödning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Färg och teckning		
Säljare			

UPPGIFTER OM SKADAN

Datum då hästen blev sjuk första gången	Om veterinär anlitas, ange datum och namn på veterinär eller klinik		
Beskriv hur skadan eller sjukdomen visade sig och hur den utvecklades			
Om hästen haft liknande symptom tidigare, ange datum och ev. behandling			
Om anmälan avser foster eller föl, ange datum för betäckning samt bifoga språngsedel	Datum	Med hingsten	
Om hästen är död eller avlivad, ange datum	Datum	Intyg / avräkningsnota bifogas <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Vid trafikskada, ange fordonets reg. nr och försäkringsbolag		Har polisutredning gjorts? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, bifogas	

UNDERSKRIFT

Ort och datum	Försäkringstagare
---------------	-------------------

INTYG AV OMBUD ELLER ANNAN OJÄVIG PERSON

Är skadeanmälan upprättad vid besök? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Har du sett hästen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Namn och telefonnr	Ev. ombudsnr
--------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	--------------------	--------------

Skadeanmälan och intyg mejlas till hast@dina.se

VETERINÄRINTYG HÄST

Försäkringsnr	Person-/Organisationsnr
---------------	-------------------------

UPPGIFTER OM HÄSTEN

Namn	Född	Ras	Kön
Reg. nr eller Chip. nr	Färg och tecken		

DIAGNOS

--

DETALJERAD ANAMNES

STATUS OCH BEHANDLING

PROGNOS

Användbarhet i framtiden som häst	Användbarhet i framtiden som avelshäst	Prognos för överlevnad
<input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Tveksam <input type="checkbox"/> Ingen	<input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Tveksam <input type="checkbox"/> Ingen	<input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Tveksam <input type="checkbox"/> Ingen

VID SLAKT

<input type="checkbox"/> Normalslakt	Avlivning/slakt har skett i samråd med hästägaren	Avlivning/slakt måste godkännas av Dina Försäkringar
<input type="checkbox"/> Nödslakt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Godkännande inhämtat av
Obduktion	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, utförd datum Av	

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR, TIDIGARE BEHANDLING ELLER ANNAN RELEVANT INFORMATION

UNDERSKRIFT

Datum	Veterinärens underskrift	Telefonnr
Namnförtydligande och adress		

Skadeanmälan och intyg mejlas till hast@dina.se