

# Skadeanmälan

## Liv Häst



<b>Bolagets noteringar:</b> Bolag, bolagsnr	Försäkringstagarens namn och adress
---	-------------------------------------

Skadeanmälan avser <input type="checkbox"/> Häst <input type="checkbox"/> Foster/föl	<input type="checkbox"/> Full ersättning <input type="checkbox"/> Delersättning	<input type="checkbox"/> Tillstånd till avlivning	Försäkringsnr
Telefonnr dagtid /mobilnr	E-postadress		
Ersättning önskas till <input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Bankkonto	Bank, nummer (inkl. clearingnr)	Redovisn. skyldig för moms <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

### ➔ Uppgifter om hästen

Hästens namn	Född	Ras	Kön
Reg. nr eller Chipnr	Hästens färg och tecken		
Egen uppfödning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Inköpt datum	Inköpspris i SEK	
Säljare			

### ➔ Uppgifter om skadan

Datum då hästen blev sjuk första gången	Om veterinär har anlåtats, ange datum och namn på veterinär eller klinik		
Beskriv hur sjukdomen visade sig och hur den utvecklades			
Om hästen haft liknande symtom 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 tel. nr	Ev. ombudsnr
--	---	------------------	--------------

Skadeanmälan och intyg mejlas till [hast@dina.se](mailto:hast@dina.se) eller postas till Dina Försäkring AB, FE 50320, 832 82 FRÖSÖN

# Veterinärintyg Häst



Försäkringstagare	Person- / orgnr
-------------------	-----------------

## ➔ Uppgifter om hästen

Hästens namn	Född	Ras	Kön
Reg. nr eller Chipnr	Hästens 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 <input type="checkbox"/> Nödslakt	Avlivning/slakt har skett i samråd med hästägaren <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Avlivning/slakt måste godkännas av Dina Försäkringar 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](mailto:hast@dina.se) eller postas till Dina Försäkring AB, FE 50320, 832 82 FRÖSÖN