

Skadeanmälan Veterinärvård Häst



Bolagets noteringar: Bolag, bolagsnr	Försäkringstagarens namn och adress
--------------------------------------	-------------------------------------

Personnr	Försäkringsnr	Skadeanmälan avser <input type="checkbox"/> Häst <input type="checkbox"/> Foster/föl
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	
Beskriv hur sjukdomen visade sig och hur den utvecklades	
Om hästen haft liknande symtom tidigare, ange datum och ev. behandling	
Ange vilken /vilka veterinärer som behandlat hästen för ovanstående sjukdom	
Datum och namn på veterinär el. klinik	Datum och namn på veterinär el. klinik
Datum och namn på veterinär el. klinik	Datum och namn på veterinär el. klinik
Vid trafikskada, ange fordonets reg. nr och försäkringsbolag	Har polisutredning gjorts? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, bifogas
Handlingar som bifogas <input type="checkbox"/> Förrättningsunderlag <input type="checkbox"/> Faktura från klinik <input type="checkbox"/>	

➔ Underskrift

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