

HORSE RESCUE ETA-GLOB: Schadenmeldung Seite 2

Tierarzt, welcher den Notfalltransport angeordnet hat (vollständige Adresse):

.....
.....

Weiterbehandlung durch Arzt / Spital (vollständige Adresse):

.....
.....

Wurde ein Polizeirapport erstellt? ja nein

Durch wen?

.....

Wurde eine Alarmzentrale eingeschaltet? ja nein

Wenn ja, welche? Eta-Glob (044 833 22 88) Grosstier-Rettungsdienst CH/FL (079 700 70 70)

Andere?

.....

Ist eine Drittperson in den Unfall verwickelt? ja nein

Wenn ja, vollständige Adresse:

.....

Wer betreute das Tier zur Zeit des Unfalles (vollständige Adresse)?

.....
.....

Zahlungsadresse für unsere Leistungen:

Die Entschädigung wird Ihnen direkt ausbezahlt, bitte geben Sie uns Ihr Bank- oder Postkonto bekannt:

Postkonto-Nr.: Bank-Konto Nr.:

Konto lautet auf (Name, Vorname, Wohnort):

.....

Genaue Bankadresse mit Clearing-Nr.:

.....

Bemerkungen:

.....
.....

.....

.....

Schlussbestimmungen

Alle Fragen müssen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet werden. Die Leistungspflicht entfällt, wenn zwecks Täuschung unwahre Angaben gemacht oder Tatsachen verschwiegen werden. Zusätzlich ermächtigt der Versicherungsnehmer die Versicherung von Horse Rescue Eta-Glob zur Einsichtnahme in sämtliche den Fall betreffende Akten (z.B. medizinische Unterlagen, Akten des Unfallversicherers, amtliche Akten usw.).

Datum: Unterschrift:

.....

Beilagen:

- Polizeirapport/Unfallprotokoll
- Arztbericht/Spitalbericht
- Rechnungen
- Amtliche Bescheinigungen

Andere Unterlagen:



J+C Budmiger GmbH
Eta-Glob Help-System
Postfach 6
CH-3992 Bettmeralp
Tel. +41 (0)27 946 60 24
Fax +41 (0)27 946 60 34

info@eta-glob.ch / www.eta-glob.ch

Tierärztlicher Bericht zu Schadenfall HORSE RESCUE ETA-GLOB

Besitzer des Tieres:

Kunden-Nr. HR _____

Frau Name: _____ Vorname: _____

Herr Adresse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Behandeltes Tier:

Name des Tieres: _____ Alter oder Geburtsdatum: _____

Gattung: _____ Rasse: _____

Farbe: _____ Geschlecht: männlich weiblich

Transponder / Tätowierung / SKG / TVD / Pass-Nr.: _____

Tierärztlicher Bericht:

Datum des Unfalls oder Beginn der Krankheit: ____ / ____ / ____ Beginn der Behandlung: ____ / ____ / ____

Symptome: _____

Wahrscheinliche Ursache: _____

Diagnose: _____

Prognose: _____

Behandlung: _____

Können Sie die Notwendigkeit des notfallmässigen Transportes bestätigen? ja nein

Begründung: _____

Wurde das Tier von einem anderen Tierarzt vorbehandelt? ja nein

Wenn ja, von wem? _____

Bemerkungen: _____

**Ort, Datum, Stempel und rechts-
gültige Unterschrift des Tierarztes:**