

Zuname (Bitte in BLOCKSCHRIFT) \_\_\_\_\_ Vorname (Bitte in BLOCKSCHRIFT) \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Polizzen-Nr. \_\_\_\_\_

Sind Sie  Eigentümer oder  eine mit der Obhut des Pferdes beauftragte Person (Besitzer; z.B. Betriebsleiter eines Einstellerbetriebes)?

Seit wann sind Sie Eigentümer oder Besitzer dieses Pferdes?  Geburt 

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Sind Sie Landwirt? 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
 Nein  Ja, LFBIS-Nr.: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sind Sie Mitglied  in einem Reitverein, der Mitglied eines Landespferdesportverbands (OEPS-Mitglied) ist?  
 in einem österreichischen Pferdezuchtverband?

Vereins-/Zuchtverbandsname: \_\_\_\_\_ Auf Anfrage muss diese Mitgliedschaft nachgewiesen werden.

**ANGABEN ZUM PFERD**

Name \_\_\_\_\_ Rasse \_\_\_\_\_ Geburtsdatum 

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

  
 Farbe (lt. Pferdepass) \_\_\_\_\_ 15-stellige Lebensnummer \_\_\_\_\_ Geschlecht  Hengst ♂  Wallach ◦  Stute ♀  
 (UELN = Universal Equine Life Number)

**Hauptverwendungszweck (Einfachauswahl)**

- Pferd ohne Reiten (außerhalb einer spezifischen Nutzung; Weidehaltung)  Freizeitpferd (Reiten & Fahren)
- Sport-/Turnierpferd (Reiten & Fahren)  Holzurückpferd  Zuchtpferd  Schul- und Verleihpferd
- Coaching-/Therapiepferd

Hauptsächlicher Ort der Unterbringung  Gleiche Adresse wie Versicherungsnehmer

Stallname \_\_\_\_\_ Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

**GESUNDHEITS- UND RISIKOFRAGEN (LEBENS- & KRANKENVERSICHERUNG):**

Ist das zu versichernde Pferd Ihres Wissens gesund (aktuell keine erkennbaren Krankheitszeichen)?

Ja  Nein (keine Antragsannahme in der Kranken- und Lebensversicherung): \_\_\_\_\_

Hat das Tier Fehlentwicklungen, Veränderungen (z.B. Ataxien) oder Mängel?

Nein  Ja: \_\_\_\_\_

**WEITERE FRAGEN (KRANKENVERSICHERUNG):**

Wurde das Pferd bereits aufgrund einer Kolik operiert?

Ja (keine Haftungsübernahme für Schäden, die auf diese Krankheit zurückzuführen sind)  Nein

Hat das Pferd Arthrosen oder hatte es Lahmheiten, die länger als 14 Tage andauert haben?

Nein  Ja (keine Haftungsübernahme für Schäden, die auf diese Krankheit zurückzuführen sind), Ursachen: \_\_\_\_\_

Wurden tierärztliche Behandlungen (ausgenommen Impfungen, Zahnpflege oder Routinebehandlungen) in den letzten 36 Monaten beim Pferd durchgeführt?  Nein  Ja (keine Haftungsübernahme für zukünftige Operationen (OP), die im Zusammenhang mit diesen Behandlungen stehen),

Behandlungen: \_\_\_\_\_  ohne OP  mit OP

Hat ihr Pferd die Verhaltensauffälligkeit „Koppen“?

Ja (keine Antragsannahme für die konservative Kolik-Behandlung und Kolik-Operationen)  Nein

War das Pferd zuvor bereits kranken- oder OP-kostenversichert?

Nein  Ja

**Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht**

Ich (Betriebsführer & Versicherungsnehmer) entbinde den/die für mein Pferd zuständigen (bei Wechsel auch zukünftig zuständigen) Tierarzt/-ärztin von seiner/ihrer Schweigepflicht und ermächtige ihn/sie über mein Pferd in allen Versicherungsangelegenheiten der Österreichischen Hagelversicherung Auskunft (z.B. Befunde, Diagnostik, Behandlungen, Medikation, Betriebsberatungen, etc.) zu erteilen. Ich wurde über den Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung beraten.

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Unterschrift Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit aller Angaben (Bestandteil des Antrages) und verpflichte mich, **inhaltliche Änderungen** der Österreichischen Hagelversicherung **anzuzeigen**.