

Schadenformular Pferdeversicherung

Für eine vereinfachte Bearbeitung Ihrer Anspruchserhebung ist dieses Formular doppelsprachig ausgestellt. Sie dürfen wahlweise in Deutsch oder Englisch antworten.

Im Falle von Behandlungskosten, beantworten Sie bitte die Fragen 1 bis 13.

In the event of a medical claim please answer questions 1 to 13.

Im Todesfall beantworten Sie bitte die Fragen unter Abschnitt 1 und 2.

In the event of a mortality claim please answer questions under Section 1 AND Section 2.

Abschnitt 1 – durch Versicherungsnehmer auszufüllen *Section 1 – Insured to complete*

Angaben zum Pferd: *(Horse Details)*

Stall Name: *(Stable name)*

Registrierter Name: *(Registered Name)*

Geburtsdatum: *(Date of Birth)*

Geschlecht: *(Sex)*

Rasse: *(Breed)*

Versicherungssumme: *(Sum Insured)*

Einsatzart: *(Use of Horse)*

Angaben zum Schadenfall

Claim details:

1. Datum, Zeit und Ort an dem die Krankheit oder Verletzung erstmals erkannt wurde?

Date, time and place horse was first discovered ill or injured?

2. Unter welchen Umständen wurde das Pferd krank oder verletzt aufgefunden?

Under what circumstances was the horse first found to be ill or injured?

3. Wer war zum Zeitpunkt, als die Krankheit/Verletzung entdeckt wurde, für das Pferd verantwortlich?

Who was in charge of the horse at the time of illness or injury being discovered?

4. Welche Symptome sind aufgetreten? *What are the symptoms exhibited?*

5. Wie ist die Verletzung erfolgt? *How did the injury occur?*

6. Was wurde vor der Ankunft des Tierarztes gemacht/behandelt?

What treatment was given prior to the arrival of the vet?

7. Datum und Zeit, wann der Tierarzt erstmals über das Ereignis unterrichtet wurde?

The date and time the vet was first advised

8. Datum und Zeit, wann der Tierarzt eingetroffen ist, um das Pferd zu behandeln?

The date and time vet arrived to treat the horse

9. Datum und Zeit, wann die ABES Pferdeversicherung / Strategic Alliances erstmals über das Schadenereignis informiert wurde?

Date and time that ABES Pferdeversicherung or Strategic Alliances were first advised

10. Ist der behandelnde Tierarzt auch Ihr üblicher Tierarzt? Falls nein, wieso?

Ja / Nein

Is the vet that attended the horse your usual vet? If not, why?

11. Name und Adresse Ihres üblichen Tierarztes

Name and address of usual vet

12. Durch den Tierarzt empfohlene Behandlung

Vets recommended treatment

13. Wird das Pferd an einen anderen Tierarzt/Spezialisten überwiesen? Falls ja, auf wessen Empfehlung?

Is the horse being referred to another vet or specialist? If yes, on who's recommendation?

Abschnitt 2 – nur im Todesfall

Section 2- In the event of the Horse's death:

1. Datum und Zeit des Todes *Date and time of horses death*

2. Todesursache?

Cause of death?

3. Falls getötet, geben Sie bitte den Grund für die Nottötung an.

If destroyed, please give the reasons for destruction

4. Wurde eine Obduktion vorgenommen? Geben Sie bitte den detaillierten Befund bekannt.

Has a Post Mortem examination been performed? Please detail the findings.

5. Wurde der Kadaver entsorgt? (bitte zutreffendes einkreisen)

Ja / Nein

Has the carcass been disposed of? (Please circle)

Nach der Einwilligung des Versicherers muss der Versicherte auf eigene Kosten für die Entsorgung des Kadavers sorgen. Der Versicherer ist zum Erhalt des Gewinnes durch den Verkauf des Kadavers berechtigt, welcher die Entsorgungskosten überschreitet. Bitte beachten Sie die Allgemeinen Vertragsbedingungen betreffend der Erfordernis einer Obduktion. Wenn Sie uns zuvor kontaktieren, sind wir unter Umständen in der Lage, auf dieses Erfordernis zu verzichten. Ohne die vollständigen medizinischen Berichte des Tierarztes, können Ansprüche nicht berücksichtigt werden. Diese Deklaration müssen Sie für alle Anspruchserhebungen unterzeichnen.

Der Versicherungsnehmer stellt hiermit Ansprüche von Total CHF an den Versicherer, welcher wiederum durch die Zahlung dieser Ansprüche von weiteren Forderungen in Bezug auf diesen Schadenfall befreit wird.

Nach Zahlung der Versicherungssumme von CHF, tretet der Versicherungsnehmer alle Rechte, die er gegen Dritte haben könnte, an den Versicherer ab und erklärt sich einverstanden damit, dass der Versicherer in seinem Namen Schadenersatz gegen Dritte erheben kann. Der Versicherungsnehmer stellt alle nötigen Informationen, Unterlagen und Beweise zur Verfügung und kooperiert nach Möglichkeit mit dem Versicherer.

Hiermit bestätige ich, die in diesem Dokument enthaltenen Fragen der Wahrheit entsprechend beantwortet zu haben und verstehe, dass das vorliegende Schadenformular keine Anerkennung für einen versicherten Schaden bedeutet.

After receiving permission from the underwriters the Insured shall arrange for the removal and disposal of the remains of the horse at his own expense. The Underwriters are entitled to receive any money recoverable by the Insured in excess of the removal and disposal costs if the remains are sold. Please see your certificate for the insurer's requirements regarding a post-mortem. If you contact us we may be able to waive this requirement. No claim will be considered without full veterinary reports. YOU MUST SIGN A DECLARATION OVERLEAF FOR ALL CLAIMS'

The INSURED hereby claims of Certain Underwriters at Lloyd's and will accept from them in full release and satisfaction of all claims under this policy the sum of:

Upon payment of the sum of the INSURED assigns by way of subrogation to the Underwriters all rights which he may have against any third parties; the INSURED agrees that the Underwriters may pursue recovery against such third parties in the name of the INSURED; and will fully cooperate with the Underwriters in their pursuit of such subrogated rights in particular by the provision of information, documents and evidence, as required by the Underwriters or their representatives.

I hereby warrant the truth of the above answers and I understand that the issue of this claim form is not an admission of Underwriter's liability.

Unterschrift des Versicherungsnehmers (Sign) _____

Name des Versicherungsnehmers (Print) _____

Ort und Datum (Date) _____

Zu beachten → die folgenden Seiten müssen durch den behandelnden Tierarzt ausgefüllt werden:

Abschnitt 3 – Durch den Tierarzt auszufüllen

Section 3 – Vet to complete

Wegleitung für den Tierarzt:

Guidance for the attending veterinary surgeon.

Unser Versicherungsnehmer hat uns über eine Krankheit / erlittene Verletzung seines Pferdes informiert und wir bitten Sie, uns die untenstehenden Informationen zu geben, damit daraus entstehende Ansprüche bearbeitet werden können. Retournieren Sie dieses Formular dem Versicherungsnehmer sofort nachdem Sie es ausgefüllt haben, auch wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

Nehmen Sie bitte zur Kenntnis, dass Kosten für das auszufüllende Formular, Stallkosten, Pensionskosten, Aufenthaltskosten und Transportkosten nicht durch diese Versicherung gedeckt sind (ausser medizinisch notwendig, bis zu einer Obergrenze von CHF 50,00 pro Nacht für höchstens 5 aufeinanderfolgende Nächte) und werden dementsprechend durch den Besitzer übernommen.

Rechnungen und detaillierte Abrechnungen senden Sie bitte direkt an den Besitzer/Versicherten zur Begleichung. Wir werden danach alle berechtigten Ansprüche dem Besitzer/Versicherten rückerstatten.

In einigen Fällen muss unsere Zustimmung eingeholt werden bevor diese durchgeführt werden, damit die Kosten gedeckt sind:

1. Operationen, welche unter Vollnarkose durchgeführt werden, ausser es handelt sich um einen Notfall.
2. Schlachten, ausser es handelt sich um einen Notfall und die humane Tötung muss sofort durchgeführt werden, wenn das versicherte Pferd eine Verletzung erleidet oder eine Krankheit bekundet, welche so schwerwiegend ist, dass eine sofortige Tötung gerechtfertigt ist, um es von unheilbaren und übermässigen Schmerzen zu erlösen, wobei in diesem Moment keine andere Behandlungsmethode in Frage kommt.
3. Die folgenden Eingriffe sind nicht gedeckt, ausser wir geben zuvor unsere Zustimmung:
 - Alternative und komplementäre Behandlungsmethoden und die damit verbundenen Kosten, ausgeführt durch einen Tierarzt
 - Computertomografie (CT)
 - Thermografie
 - Hydrotherapie
 - Überweisung für weitere Untersuchungen

Our Insured has informed us that their horse is suffering from a disease/has sustained an injury and we would appreciate your giving us the information asked for below, in order that any subsequent claim may receive consideration. This form should be returned immediately to the insured, even if the treatment is incomplete.

Please note that any charges made for the completion of this form, costs of stabling and agistment and keep of the insured animal and transport costs are the responsibility of the owner and may not be covered by the insurance, except livery where medically necessary, and up to a limit of CHF 50 per night for a maximum stay of 5 consecutive nights.

Invoices and details of the cost of the treatment should be sent to the owner/insured for payment. We shall then reimburse any accepted costs to the owner/insured.

You will need to ensure you collect any excess and other costs not covered by the insurance.

There are some procedures where consent is required before they are carried out:

1. *Surgical procedures carried out under general anaesthetic, except in the event of an emergency.*
2. *Slaughter unless in an emergency and immediately necessary if the insured horse sustains an injury or manifests an illness or disease that is so severe as to warrant immediate destruction to relieve incurable and excessive pain and that no other options of treatment are available to that horse at that time.*
3. *The following procedures are not covered unless we have given our prior consent:*
 - *Alternative and complimentary treatments and associated costs carried out by a vet or other practitioner*
 - *CAT scan*
 - *Thermography*
 - *Hydrotherapy*
 - *Referral for further investigation*

Angaben zum Pferd: *(Horse Details)*

Stall Name: *(Stable name)*

Registrierter Name: *(Registered Name)*

Geburtsdatum: *(Date of Birth)*

Geschlecht: *(Sex)*

Rasse: *(Breed)*

Im Falle von Anspruchserhebung auf Behandlungskosten: *In the event of a vets fee claim:*

1. Datum und Zeit an dem die Krankheit oder Verletzung erstmals erkannt wurde?

Date and time that the horse was first discovered ill or injured?

2. Welche Symptome sind aufgetreten? *What are the symptoms exhibited?*

3. Wie ist die Verletzung erfolgt? *How did the injury occur?*

4. Sind Sie der übliche Tierarzt des Pferdes?

Ja / Nein

Are you the horse's usual vet? (Please circle)

5. Wurde dieses Pferd zuvor in Ihrer Praxis behandelt? Falls ja, bitte Details angeben

Has your practise treated this horse before? If yes, please give details.

6. Wie ist Ihre Diagnose? *What is your diagnosis?*

7. Wie ist Ihre Behandlungsempfehlung? *What are your treatment recommendations?*

8. Ist es wahrscheinlich, dass dieser Zustand wieder auftreten wird? *Is the condition likely to reoccur?* **Ja / Nein**

9. Wie ist Ihre Prognose? *What is the prognosis?*

10. Wird das Pferd an einen anderen Tierarzt/Spezialisten überwiesen? Falls ja, auf wessen Empfehlung?

Is the horse being referred to another vet or specialist? If yes, on who's recommendation?

11. Wie hoch sind die bisher angefallenen Behandlungskosten?

What are the costs incurred for the treatment to date?

12. Wie hoch sind die geschätzten Kosten für die weitere Behandlung?

What is the estimated future cost of treatment?

13. Ist die Behandlung abgeschlossen?

Has the treatment been concluded? (Please circle)

Ja / Nein

Im Todesfall des Pferdes auszufüllen In the event of the horse's death:

1. Datum und Zeit des Todes *Date and time of horses death*

2. Todesursache? *Cause of death?*

3. Falls getötet, geben Sie bitte den Grund für die Nottötung an

If destroyed, please give the reasons for destruction

4. Wurde eine Obduktion vorgenommen? Geben Sie bitte den detaillierten Befund bekannt.

Has a Post Mortem examination been performed? Please detail the findings.

5. Wurde der Kadaver entsorgt? *Has the carcass been disposed of? (Please circle)* **Ja / Nein**

Hiermit bestätige ich, die in diesem Dokument enthaltenen Fragen der Wahrheit entsprechend beantwortet zu haben und verstehe, dass das vorliegende Schadenformular keine Anerkennung für einen versicherten Schaden bedeutet.

I hereby warrant the truth of the above answers and I understand that the issue of this claim form is not an admission of Underwriter's liability.

Ort und Datum (*Date*)

Unterschrift und Stempel des Tierarztes (*Sign*)

Name des Tierarztes (*Print*)
