

GESUNDHEITSERKLÄRUNG

Vom Pferdebesitzer auszufüllen. Gilt für die Basis-Versicherung bis € 5.000,- Versicherungssumme, jedoch nicht für Fohlen.

Bitte lesen Sie dieses Formblatt sorgfältig durch, ergänzen Sie es und schicken Sie es umgehend zurück an:

Hippo Versicherungsvermittlung GmbH, Postfach 1110, 25475 Ellerau, Deutschland

1. Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____ E-Mail: _____

Telefon privat: _____ Mobiltelefon: _____

Telefon geschäftlich: _____ Telefax: _____

2. Angaben zum Pferd

Name des Pferdes: _____ Lebensnummer: _____

Geboren am: _____ Rasse: _____

Geschlecht: _____ Farbe: _____

Gebrauch: _____ Besitzer: _____

Ausbilder: _____

Stallanschrift: _____

übliche Anschrift: _____

Tierarzt: _____

Tierärztliche Klinik: _____

Verfügt die Klinik über eine komplette Einrichtung für wichtige Operationen? Ja Nein _____

Wie weit ist die Klinik vom Stall entfernt, in dem das Pferd gehalten wird? _____ km

Versicherungssumme: _____

Kaufpreis: _____

Kaufdatum: _____

Falls sich die Versicherungssumme vom Kaufpreis unterscheidet, geben Sie bitte einen Grund für die Erhöhung an: _____

1. War das zu versichernde Pferd in den letzten 12 Monaten bereits versichert?
Wenn ja, bei welcher Gesellschaft? Ja Nein _____

2. Hatten Sie je den Verlust eines Pferdes zu beklagen und hätte dieser Verlust über den Schadensanspruch einer solchen Versicherung abgedeckt werden können?
Wenn ja, nennen Sie bitte Einzelheiten: Ja Nein _____

3. Hat eine andere Versicherung es abgelehnt, eine solche Versicherung mit den auferlegten Bedingungen mit Ihnen abzuschließen oder wurde eine solche Versicherung mit Ihnen gekündigt?
Wenn ja, nennen Sie bitte Einzelheiten: Ja Nein _____

4. Litt das Pferd an Koliken oder gab es irgendwann Probleme mit dem Verdauungstrakt?
Wenn ja, nennen Sie bitte Einzelheiten: Ja Nein _____
Wenn ja, ist das Pferd wieder völlig genesen? Ja Nein _____
5. Hat das Pferd Ihrer Kenntnis nach an irgendwelchen Krankheiten gelitten oder wurde es irgendwann operiert?
Wenn ja, nennen Sie bitte Einzelheiten: Ja Nein _____

6. Wenn ja, wurde das Pferd Ihrer Kenntnis nach gebrannt, geblistert, erhielt es einen Nervenschnitt, wurde es daran operiert, wurde es gegen Lahmheiten behandelt oder hat das Pferd Stellungsfehler?
Wenn ja, nennen Sie bitte Einzelheiten: Ja Nein _____

7. Verabreichen Sie dem zu versichernden Pferd irgendwelche nicht-steroidale, entzündungshemmende oder analgetische Medikamente?
Wenn ja, nennen Sie bitte Einzelheiten: Ja Nein _____

8. Gab es irgendwelche Anzeichen von ansteckenden oder infektiösen Krankheiten während der letzten 12 Monate in dem Stall oder auf dem Hof, wo das Pferd gehalten wird?
Wenn ja, nennen Sie bitte Einzelheiten: Ja Nein _____

- Achtung! Bitte genau lesen:**
9. Sind die Augen-, Atem- und Bewegungsfunktionen des Pferdes Ihrer Kenntnis nach zur Zeit normal und repräsentiert das Pferd Ihrer Meinung nach ein normales Risiko für den Versicherungszweck?
Wenn nicht, nennen Sie bitte Einzelheiten: Ja Nein _____

10. Bei einem Hengst zu beantworten: Sind beide Hoden tastbar und abgestiegen? Ja Nein _____

Falls eine tierärztliche Untersuchung vorliegt, die nicht älter als 6 Monate ist, möchten wir Sie bitten, hiervon eine Kopie einzureichen.

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass alle Aussagen in dieser Erklärung nach bestem Wissen und Gewissen von mir gemacht worden sind, dass diese Erklärung als Grundlage für den Kontakt zwischen mir und dem Versicherer dienen soll und dass ich alle Bedingungen und Abmachungen der Police akzeptieren und einhalten werde.

Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer