



Gesundheitszeugnis FOHLEN

Einschätzungsverbal und Antragsformular für die Aufnahme in die
Pferdeversicherungs-Genossenschaft Wigoltingen

info@pferdeversicherung-wigoltingen.ch

www.pferdeversicherung-wigoltingen.ch

Telefon +41 (0)78 830 67 55

Pferdeversicherungs- Genossenschaft Wigoltingen

Sandra Seiler

Lochwies 4

8362 Balterswil

Antragsteller / Eigentümer des Pferdes

Name _____ Vorname _____

Strasse, Nr. _____ PLZ / Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____ @ _____

Internet _____ Bereits Genossenschaftsmitglied JA / Nein

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam: _____

Angaben zum versichernden Pferd

Name _____ Rasse _____

Vater _____ Muttervater _____

Geschlecht _____ Farbe _____

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) _____ Stockmass _____ im Wachstum _____

Signalement _____ **Bitte Seite 3 durch Tierarzt ausfüllen oder Foto(s) vom Fohlen beilegen**

UEN Nr. oder Chip Nr. _____ Im Besitz seit (TT.MM.JJJJ) _____ Geburt _____

Gewünschter Versicherungswert in CHF _____ Standort des Pferdes _____

Haltung als _____ Heimtier _____ Nutztier

Zusatzversicherung Behandlungskosten JA / Nein

Ich kenne die Statuten der Pferdeversicherungs-Genossenschaft Wigoltingen und bin mit den Allgemeinen
Versicherungs- und Geschäftsbedingungen einverstanden

Ort / Datum

Unterschrift Antragsteller / Eigentümer

Alle Angaben werden durch die Pferdeversicherungs-Genossenschaft Wigoltingen vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben
Bitte vollständig ausgefülltes Formular an die Geschäftsstelle einsenden



Gesundheitszeugnis FOHLEN

Einschätzungsverbal und Antragsformular für die Aufnahme in die
Pferdeversicherungs-Genossenschaft Wigoltingen

info@pferdeversicherung-wigoltingen.ch

www.pferdeversicherung-wigoltingen.ch

Telefon +41 (0)78 830 67 55

Pferdeversicherungs- Genossenschaft Wigoltingen

Sandra Seiler

Lochwies 4

8362 Balterswil

Tierärztlicher Befund

1. Allgemeinzustand

2. Bewegungsapparat / Optischer Eindruck

3. Atmung / Herz

4. Augen

5. Fehler und Mängel

6. Vorbehalte

7. Kann zur Aufnahme empfohlen werden JA / Nein

8. Sind Untersuchungen notwendig JA / Nein

wenn JA, welche:

9. Blutprobe JA / Nein

10. allfällige Bemerkungen:

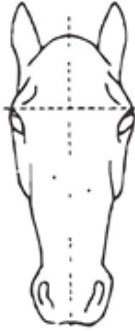
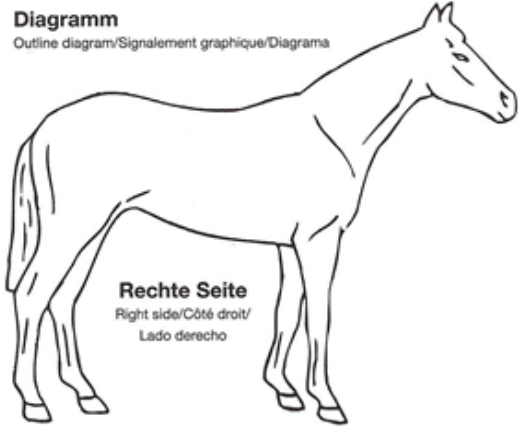
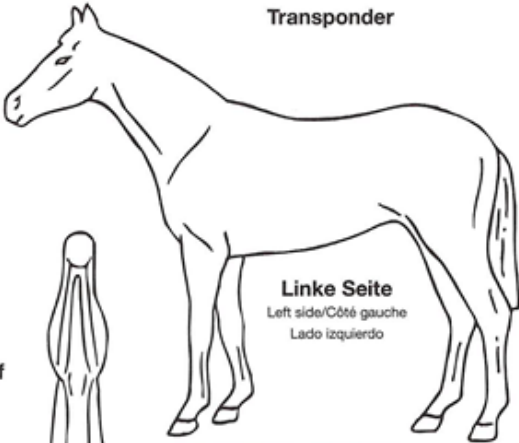



Für den tierärztlichen Befund:

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben

Ort / Datum

Unterschrift / Stempel des Tierarztes

Bitte Signalement untenstehend eintragen, wenn durch Besitzer keine Fotos zugestellt werden.

Diagramm Outline diagram/Signalement graphique/Diagrama		Transponder
	Abzeichen am Kopf Facial markings/ Visage/Señas en la cabeza	
Rechte Seite Right side/Côté droit/ Lado derecho		Linke Seite Left side/Côté gauche Lado izquierdo
		
Links Left/ Gauche/ Izquierda	Rechts Right/ Droit/ Derecha	Maul Muzzle/ Nez/ Boca
Vorderbeine – von hinten betrachtet Fore – Rear view/Antérieur – Vue postérieure Patas delanteras vista desde atrás	Hinterbeine – von hinten betrachtet Hind – Rear view/Postérieur – Vue postérieure Patas traseras vista desde atrás	Hals – von unten betrachtet Neck – under side/ Encolure – Vue inférieure Cuello visto desde abajo
		Unterschrift und Stempel der bevollmächtigten Person (oder der zuständigen Behörde) / Signature and stamp of qualified person (or competent authority) / Signature et cachet de la personne qualifiée (ou de l'autorité compétente) / Firma y sello de la persona autorizada (de la autoridad competente)
		Ort, Datum / Place, date / Lieu, date / Lugar, fecha