



Gesundheitszeugnis FOHLEN

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

info@awigo.ch
www.awigo.ch
Telefon +41 78 830 67 55

**Pferdeversicherungs-
Genossenschaft AWIGO**
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**
UELN 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 AWIGO und bin mit den Allgemeinen
Versicherungs- und Geschäftsbedingungen einverstanden

Ort / Datum

Unterschrift Antragsteller / Eigentümer

Alle Angaben werden durch die Pferdeversicherungs-Genossenschaft Awigo 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 AWIGO

info@awigo.ch
www.awigo.ch
Telefon +41 78 830 67 55

Pferdeversicherungs- Genossenschaft AWIGO

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:

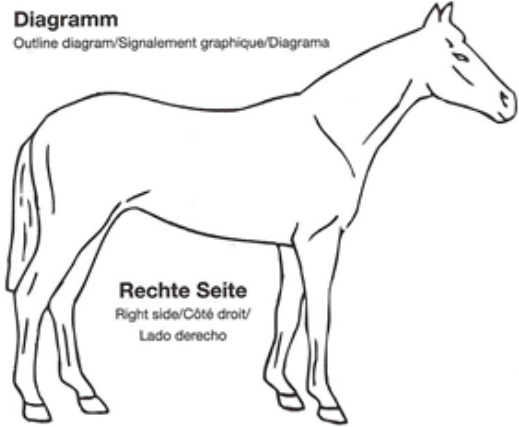
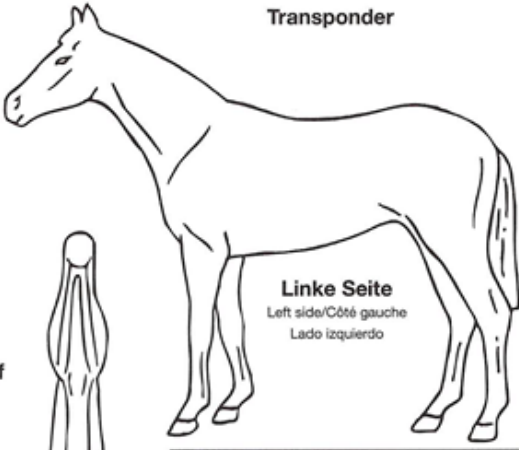
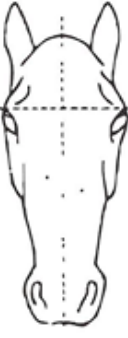






Für den tierärztlichen Befund:

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben

Ort / Datum

Unterschrift / Stempel des Tierarztes

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

<p>Diagramm Outline diagram/Signalement graphique/Diagrama</p>  <p>Rechte Seite Right side/Côté droit/ Lado derecho</p>		<p>Transponder</p>  <p>Linke Seite Left side/Côté gauche Lado izquierdo</p>			
		<p>Abzeichen am Kopf Facial markings/ Visage/Señas en la cabeza</p> 			
<p>Links Left/ Gauche/ Izquierda</p>  <p>Vorderbeine – von hinten betrachtet Fore – Rear view/Antérieur – Vue postérieure Patas delanteras vista desde atrás</p>	<p>Rechts Right/ Droit/ Derecha</p> 	<p>Links Left/ Gauche/ Izquierda</p>  <p>Hinterbeine – von hinten betrachtet Hind – Rear view/Postérieur – Vue postérieure Patas traseras vista desde atrás</p>	<p>Rechts Right/ Droit/ Derecha</p> 	<p>Maul Muzzle/ Nez/ Boca</p> 	<p>Hals – von unten betrachtet Neck – under side/ Encolure – Vue inférieure Cuello visto desde abajo</p> 
<p>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)</p>					
<p>Ort, Datum / Place, date / Lieu, date / Lugar, fecha</p>					