

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

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

**1.2 Seit wann sind Sie Eigentümer oder Besitzer dieses Pferdes?**  **Geburt** 

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

**1.3 Sind Sie Landwirt?**

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

  
 **Nein**  **Ja, LFBIS-Nr.:**

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

**1.4 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.

**2 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)

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

**2.2 Hauptsächlicher Ort der Unterbringung**  **Gleiche Adresse wie Versicherungsnehmer**

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

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

**3.1 Ist das zu versichernde Pferd Ihres Wissens gesund** (aktuell keine erkennbaren Krankheitszeichen)?  
 **Ja**  **Nein** (keine Antragsannahme in der Kranken- und Lebensversicherung): \_\_\_\_\_

**3.2 Hat das Tier Fehlentwicklungen, Veränderungen (z.B. Ataxien) oder Mängel?** (einzelne Haftungsbeschränkungen aufgrund dieser Angaben werden vom Versicherer bekannt gegeben)  
 **Nein**  **Ja:** \_\_\_\_\_

**4 WEITERE FRAGEN (KRANKENVERSICHERUNG):**

**4.1 Wurde das Pferd bereits aufgrund einer Kolik operiert?**  
 **Ja** (keine Haftungsübernahme für Schäden, die auf diese Krankheit zurückzuführen sind)  **Nein**

**4.2 Hatte das Pferd Lahmheiten, die länger als 14 Tage angedauert haben, Arthrosen oder Arthroskopien?**  
 **Nein**  **Ja** (keine Haftungsübernahme für Schäden, die auf diese Krankheit zurückzuführen sind), Ursachen: \_\_\_\_\_

**4.3 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**

**4.4 Hat ihr Pferd die Verhaltensauffälligkeit „Koppen“?**  
 **Ja** (keine Antragsannahme für die Kolik Stationär, Kolik Plus und Kolik-Operationen)  **Nein**

**4.5 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**.