

Policenr.: _____

Stilling: _____

CPR-nr.: _____ - _____

Navn: _____

Telefon privat/arbejde: _____

Adresse: _____

Mobil: _____

Postnr.: _____ By: _____

E-Mail: _____

Anmeldelse kæledyrsforsikring

SKRIV TYDELIGT - gerne med
 blokbogstaver og brug kuglepen

Oplysninger om skaden	Hvornår skete skaden? (dato og tidspunkt)			
	Hvor skete skaden?			
	Hvordan opstod skaden/viste sygdommen sig?			
	Hvordan udviklede sygdommen sig?			
	Er hunden/katten tilset af dyrlæge? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Dato:	Hos hvilken dyrlæge? (navn og tlf.)	
	Hvilke udgifter ønsker du dækket? (regning skal medsendes)		Kr.:	
	Er hunden/katten blevet behandlet for lignende sygdomme før? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Dato:	Hos hvilken dyrlæge? (navn og tlf.)	
	Navnet på hunden/katten:	<input type="checkbox"/> Hunkøn <input type="checkbox"/> Hankøn	Fødselsdato:	
	ID-mærke-/ID-nummer:	Race:		
	Hunden/kattens udseende (farve og andre kendetegn):			
Navn på køber:	Hvornår er hunden/katten købt?	Oprindelig købspris:		
Øvrige bilag	Øvrige bilag (skal medsendes anmeldelsen) <input type="checkbox"/> Dyrlægeerklæring <input type="checkbox"/> Politirapport <input type="checkbox"/> Obduktionsrapport <input type="checkbox"/> Andet			
Eventuel anden forsikring	Er forsikring tegnet mod samme risiko i andet selskab? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Eventuel skadevolder/modpart	Hvis ja, forsikringsselskab:		Policenr.:	
	Navn:		Telefon/mobil.:	
	Adresse:		Postnr.:	By:
	Forsikringsselskab:		Policenummer:	Evt. bilens registreringsnummer:
Underskrift	Jeg erklærer hermed, at de oplysninger jeg har givet i anmeldelsen, svarer til de faktiske forhold.			
	Sted og dato:		Forsikringstagers underskrift:	

Dyrlæge/obduktionserklæring		<input type="checkbox"/> Sygdom <input type="checkbox"/> Ulykke <input type="checkbox"/> Død		SKRIV TYDELIGT - gerne med blokbogstaver og brug kuglepen
Forsikringstager	Navn:	Telefon/Mobil:		
	Adresse:	Postnr.:	By:	
	Skadenummer:	Policenummer:		
Oplysninger om hunden/katten	Navn på hunden/katten:	<input type="checkbox"/> Hunkøn <input type="checkbox"/> Hankøn	Fødselsdato:	
	ID-mærke-/ID-nummer:	Race:		
	Hundens/kattens udseende (farve og andre kendetegn):			
Sygdomsforløb	Dato for første kendskab til sygdom/ulykke:		Dato for undersøgelse:	
	<input type="checkbox"/> Hunden/katten er aflivet/dato		<input type="checkbox"/> Hunden/katten er selvdød/dato	
	Aflivning på opfordring af:			
	<input type="checkbox"/> Dyrlæge <input type="checkbox"/> Ejer eller besidder af hunden <input type="checkbox"/> Efter aftale med GF			
	Diagnose:			
	Beskrivelse af sygdomsforløbet:			
Beskrivelse af behandling:				
Obduktion	Obduktion udført af:	Dato for obduktion:		
	Observationer ved obduktion:			
Underskrift	Jeg erklærer hermed, at de oplysninger, jeg har givet i ovenstående erklæring, svarer til de faktiske forhold.			
	Sted og dato:	Dyrlægens underskrift og stempel:		