

## Schadenmeldung für Tierversicherung

### VersicherungsnehmerIn

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon M \_\_\_\_\_  
Telefon P \_\_\_\_\_  
Telefon G \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

Agentur-Nr. \_\_\_\_\_  
Policen-Nr. \_\_\_\_\_  
Schaden-Nr. \_\_\_\_\_  
Schadendatum \_\_\_\_\_  
Schadenuhrzeit \_\_\_\_\_  
Schadenort \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

### Beschreibung des Tieres

Kuh       Rind       Stier

\_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum \_\_\_\_\_  
Kaufdatum \_\_\_\_\_  
Verkaufswert \_\_\_\_\_

Rasse \_\_\_\_\_  
TVD-Nummer \_\_\_\_\_  
aktueller Viehbestand (Stück) \_\_\_\_\_

### Genauer Schadenhergang

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Erlös aus Fleischverwertung, VVK und anderen Versicherungen Fr. \_\_\_\_\_

**Eine allfällige Entschädigung ist zu überweisen**       gemäss beiliegendem Einzahlungsschein

Name/Ort der Bank/Post \_\_\_\_\_  
Konto-Nr. (IBAN)/Postkonto \_\_\_\_\_

Die unterzeichnende Person bestätigt, obige Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift TiereigentümerIn \_\_\_\_\_

### Tierärztliches Zeugnis

Ursache     Unfall     Krankheit

Diagnose (mit genauer Beschreibung)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wurde das Tier ärztlich behandelt     Ja     Nein

Wenn ja, erste Behandlung am \_\_\_\_\_ Letzte Behandlung am \_\_\_\_\_

Art der Behandlung \_\_\_\_\_

Notschlachtung veranlasst am \_\_\_\_\_ verendet am \_\_\_\_\_

Die unterzeichnende Person bestätigt, obige Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben. Sie bestätigt zudem, dass obgenanntes Tier verendet ist, oder aus *medizinischen Gründen* notgeschlachtet werden muss(te).

Datum \_\_\_\_\_ Stempel, Unterschrift VeterinärIn \_\_\_\_\_

**Bitte dieses Formular zusammen mit dem Abschlungsbeleg sowie dem Abstammungsausweis oder den Identifikationsbelegen sofort an die *emmental versicherung* senden.**