



St. Gallische  
Pferdeversicherungs-Genossenschaft

# Anmeldung für die Versicherung

Tel: 081 599 11 12  
E-mail: info@pferdeversicherung-sg.ch  
www.pferdeversicherung-sg.ch

St.Gallische  
Pferdeversicherungs-Genossenschaft  
Geschäftsstelle  
Widen 9  
9467 Frümsen

## Versicherungsnehmer

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse, PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon P \_\_\_\_\_ Telefon Mobile \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Mitglied Genossenschaft      ja    nein \_\_\_\_\_

## Pferd

Name \_\_\_\_\_

Geschlecht \_\_\_\_\_ Farbe \_\_\_\_\_

Rasse \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Passnummer \_\_\_\_\_ UELN-Nr. \_\_\_\_\_

Chip-Nr. \_\_\_\_\_

Gebrauch des Pferdes \_\_\_\_\_ Freizeit    Turnier    Zucht \_\_\_\_\_

Standort inkl. Telefon \_\_\_\_\_

Ersatzpferd      ja    nein      wenn ja für welches Pferd (Name) \_\_\_\_\_

Schatzung CHF \_\_\_\_\_

Tierarzt \_\_\_\_\_

Abklärung      Heimtier    Nutztier      Behandlung letzte 2 Jahre    keine    Beilagen/Kopien \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung Heilungskosten      V1 (1'000.-)    V2 (2'000.-)    Bitte senden Sie mir Informationen \_\_\_\_\_

Gewünschte Versicherungssumme (CHF, max. 15'000.-) \_\_\_\_\_

Mit seiner Unterschrift gibt der Kunde sein Einverständnis, dass die SGPV Auskünfte über oben genanntes Pferd beim Tierarzt einholen darf.

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Besitzer/Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_

.....