

First Horse
Nytorv 3
1450 København K

Skadeanmeldelse

Claims form

Hesteforsikring

Equine Insurance – Accident/Illness

Det er vigtigt, at De udfylder anmeldelsen så udførligt som muligt. Er anmeldelsen udfyldt korrekt, vil De hurtigere kunne modtage et svar fra os.

Skadeanmeldelse sendes til ovenstående adresse.

Skadeanmeldelse kan også vedhæftes en e-mail og sendes til skade@firsthorse.dk

Såfremt De har spørgsmål i anledning af skaden eller i forbindelse med udfyldelse af anmeldelsen, er De naturligvis velkommen til at kontakte First Horse på telefon 70 70 24 70.

It is important, that you complete the claims form as detailed as possible. A correctly completed claims form will assist in a swifter claims handling.

The claims form must be forwarded to the above mentioned address.

The claims form can be attached to an e-mail as well. E-mail can be forwarded to skade@firsthorse.dk.

If you have any questions in relation to the claim or in relation with the completion of the Claims Form, please do not hesitate to contact First Horse, Telephone No. 70 70 24 70.

first.

First Marine, Nytorv 3, 1450 København K

Police nr. <i>Policy no.</i>	
--	--

Forsikrings- tager <i>Policy holder</i>	Fornavn: <i>First name</i>	Efternavn: <i>Last name</i>	CPR.nr.: <i>Soc.Security No.</i>	
	Adresse: <i>Address:</i>			
	Post nr.: <i>Postal code:</i>	By: <i>Town:</i>		
	E-mail:		Telefon nr.: <i>Phone no.:</i>	
	Oplys venligst reg.nr. og konto nr. til dit pengeinstitut, til brug for evt. skadeudbetaling. Oplysningerne behandles fortroligt. <i>Please inform about reg.no. and account No. to your bank for the use of any possible claims payment. The information is to be handled confidentially.</i>			
Reg.nr.: <i>Reg.no</i>	Konto nr.: <i>Account no.</i>	Pengeinstitut: <i>Bank</i>		

Skade- oplysninger <i>Claim information</i>	Hestens navn: <i>Name of the horse / Chip No</i>	Hestens Chip nr.			
	Hvornår skete sygdom / skaden: <i>When did the accident/illness occur:</i>	Dag <i>Day</i>	/	20 20	kl. <i>time</i>
	Beskrivelse af sygdom/skade: <i>Description of the condition/claim:</i>				

Veterinary	Dyrlægens/hospitalets navn: <i>Name of the attending veterinary surgeon/hospital:</i>
	Diagnose eller foreløbig diagnose stillet af dyrlæge: <i>Diagnosis or preliminary diagnosis of attending veterinary surgeon:</i>

Tidligere Skader <i>Previous claims</i>	Er hesten tidligere blevet behandlet for denne sygdom? <i>Has the horse been treated for this condition previously?</i>	Ja <input type="checkbox"/> <i>Yes</i>	Nej <input type="checkbox"/> <i>No</i>
	Hvis 'Ja', hvornår og under hvilke omstændigheder: <i>If "Yes", when and under which circumstances:</i>		
	Har du modtaget erstatning herfor? <i>Have you previously received any compensation for the above?</i>		
	Ja <input type="checkbox"/> <i>Yes</i>	Nej <input type="checkbox"/> <i>No</i>	Hvis ja, fra hvilket selskab? <i>If Yes, from which insurer?</i>

Øvrige Oplysninger <i>Further information</i>	Er du ene ejer af hesten? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> <i>Are you the sole owner of the horse?</i> Yes No
	Er hesten forsikret andetsteds mod samme risiko? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> <i>Have you (or any other owner) any other insurance for this horse?</i> Yes No
	Var hesten i 3. mands varetægt da den blev skadet/sygdommen opstod? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> <i>Was anyone else responsible for your horse when it was injured or became ill?</i> Yes No
	Hvad blev hesten brugt til på skadestidspunktet? <i>What activity was the horse being used for at the time?</i>
	Hvor befandt hesten sig, da skaden/sygdommen opstod? <i>Where was the horse when the accident / illness occurred or manifested itself.</i>
	Spurgte du evt. tidligere ejer om hestens sygehistorie da du købte den? I bekræftende fald beskriv sygehistorien. <i>Did you ask the person you bought your horse from about veterinary history? If so please provide full details</i>
Her kan du skrive andre oplysninger, som er relevante for sagen: <i>Please state any further information of relevancy to this claim.</i>	

Erklæring og underskrifter <i>Declaration and signature</i>	<p>Jeg erklærer, at mine besvarelser og oplysninger er i fuld overensstemmelse med sandheden. Jeg er klar over, at urigtige oplysninger eller fortielser kan medføre, at erstatningen nedsættes eller bortfalder. Jeg giver samtykke til, at First Horse kan indhente oplysninger om hestens helbredsforhold. Der kan indhentes oplysninger, der er nødvendige for bedømmelse af forsikringsbegivenheden og for fastsættelse af erstatningen. Samtykket omfatter alene helbredsoplysninger fra tegningspunktet for forsikringen til tidspunktet for den endelige fastsættelse af erstatningen. Når supplerende oplysninger afgives af dyrlæger, anvendes en nærmere aftalt erklæring, som suppleres med kopi eller uddrag af relevant journalmateriale, hvis First Horse ønsker det.</p> <p><i>I declare that my answers and information are fully consistent with the truth. I am aware that incorrect information or withholding information may lead to reduced or no compensation. I consent to First Marine being allowed to obtain information about the horse's health and information necessary for assessing the claim. The consent covers only health information from the signing point of insurance to the date of the final determination of compensation. If an additional medical statement is issued by a veterinary surgeon, an agreed form is to be used, supplemented with copies or extracts of relevant journal material, if required by First Horse.</i></p>
	<div style="text-align: center;"> <hr style="width: 50%; display: inline-block; margin-right: 100px;"/> Dato Date </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <hr style="width: 80%; display: inline-block;"/> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> Forsikringstagerens underskrift <i>Signature of the insured</i> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"> Værge skal underskrive, hvis skadelidte er under 18 år <i>Guardian must sign when the insured is under 18 years</i> </p>

Dyrlæge skema

Veterinary surgeon's certificate

Vær venlig, at få din dyrlæge til at udfylde dette eller alternativt levere en detaljeret rapport, hvor historie, diagnose, behandling og prognose fremgår. Hvis hesten er henvist med henblik på second opinion, skal kopi af denne rapport sendes til OS.

Please arrange for your Veterinary Surgeon to complete this or alternatively supply a detailed clinical report of the history, diagnosis, treatment and prognosis of the condition to be claimed on. If the horse has been referred for a second opinion we require a copy of the original report

Information om forsikringstager

Policyholder's details

Forsikringstager: <i>Policyholder:</i>		Policenr. <i>Policy no.</i>		
Adresse: <i>Address:</i>				
Hestens navn: <i>Horse name:</i>	Alder: <i>Age:</i>	Farve: <i>Colour:</i>	Chip: <i>Chip:</i>	
Har du undersøgt hesten tidligere? <i>Have you attended this horse before?</i>	Ja <input type="checkbox"/> <i>Yes</i>	Nej <input type="checkbox"/> <i>No</i>		
Symptomer på nuværende sygdom/skade <i>Symptoms of current illness/injury:</i>				
Foreløbig diagnose af nuværende sygdom/skade <i>Preliminary Diagnoses of current illness/injury</i>				
Prognose for nuværende sygdom/skade <i>Prognosis of current illness/injury</i>	Slet <input type="checkbox"/> <i>Poor</i>	Reserveret <input type="checkbox"/> <i>Reserved</i>	Rimelig <input type="checkbox"/> <i>Fair</i>	God <input type="checkbox"/> <i>Good</i>
Forventet behandlingstid <i>Expected time of treatment</i>	1 måned <input type="checkbox"/> <i>1 month</i>	1-2 måneder <input type="checkbox"/> <i>1-2 month</i>	3-4 måneder <input type="checkbox"/> <i>3-4 month</i>	Over 4 måneder <input type="checkbox"/> <i>More than 4 month</i>
Hvis der har været alternativ behandling, er dette sket på din anbefaling? <i>If Alternative treatment has been undertaken was this done at your recommendation?</i>	Ja <input type="checkbox"/> <i>Yes</i>	Nej <input type="checkbox"/> <i>No</i>		
Oplys venligst om du her har behandlet mere end en lidelse/skade og om disse er relateret til hinanden. <i>Where more than one condition has been treated, please indicate whether they are related.</i>	Ja <input type="checkbox"/> <i>Yes</i>	Nej <input type="checkbox"/> <i>No</i>		
Detaljer vedrørende nuværende sygdom/skade/behandling (evt. på bagsiden) <i>Details of current Illness/Injury/Treatment (please use reverses of form if required)</i>	Dato fra: <i>From</i>	Dato Til: <i>To</i>		
1.				
2.				
3.				
Jeg bekræfter at denne erklæring efter min bedste overbevisning er korrekt i et hvert henseende og at mit honorar for denne behandling ikke er højere end mit sædvanlige honorar. <i>I confirm that to the best of my knowledge the statement(s) above are true in every respect and that the fee's I have charged are no higher than my normal fees.</i>	Klinikkens stempel <i>Practice Stamp</i>			
Dato og underskrift <i>Date and Signature</i>				