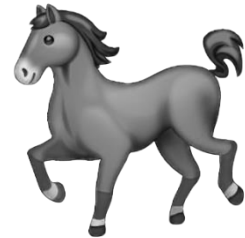
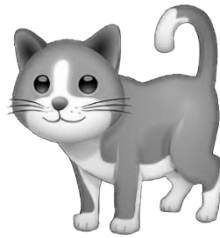


# Anfrage zur Tierkrankenversicherung



## Ihr Liebster Vierbeiner ist gesund?!

Das freut uns! 😊 und Ihre Tierarztpraxis unternimmt alles dafür, Sie damit es so bleibt oder bald wieder besser ist. Dennoch kann es manchmal zu unvorhersehbaren Ereignissen kommen: Ein Unfall beim Spielen oder eine andere akute Erkrankung kann dazu führen, dass nur noch eine Operation helfen kann.

Genau wie bei uns Menschen hat eine gute Medizin ihren Preis. Damit Ihrem Tier im Fall der Fälle geholfen werden kann, ohne dass Sie evtl. finanziell überlastet werden, empfiehlt es sich, zumindest eine Operationsversicherung früh genug abzuschließen.

Gut, wahrscheinlich haben Sie bereits daran gedacht. Doch welche Versicherung ist die passende? Hierzu benötigt man eine Beratung von Fachleuten, denn es gibt zu viele Anbieter, die für jeden einzelnen individuelle Angebote unterbreiten!

Versicherer unterscheiden nach Tierart, Rasse, Alter und haben zusätzlich verschiedene Bedingungswerke. Die einen haben günstige Einstiegsprämien und werden im Alter des Tieres um ein Vielfaches teurer, und die anderen haben gleichbleibende Prämien. Eine Ellenbogendysplasie ist beispielsweise unterschiedlich versicherbar oder gar ganz ausgeschlossen. Wenn Sie sich absichern möchten, so nehmen Sie sich bitte ein wenig Zeit dafür.

Wir vom Versicherungsmaklerbüro Tauch, Hauptstraße 33 in Edeweicht können mit Ihnen zusammen eine Lösung erarbeiten. Bei uns können Sie sich dann später auch über die evtl. Schadenabwicklung vor Ort informieren. Gerne hören wir von Ihnen! 😊 **Bitte geben Sie uns Ihre Daten auf:**

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_



Versicherungsmaklerbüro Tauch  
Hauptstraße 33, 26188 Edeweicht  
Telefon: +49 (0) 4405 49786  
E-Mail: [webmaster@tauch-versicherungen.de](mailto:webmaster@tauch-versicherungen.de)  
Whatsapp: 01603683349

**Antragsteller/  
Tierhalter**

Titel, Name, Vorname	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Telefon	Fax
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer, Postfach		E-Mail	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Postleitzahl, Ort			
<input type="text"/>			

**Untersuchungs-  
datum**

Untersuchung am		Die Untersuchung des Tieres darf erst ab Datum der Antragstellung erfolgen.
<input type="text"/>		

**Zu versicherndes  
Tier**

<b>Hund</b>	<b>Katze</b>	Name (gemäß Arztdatei)	Geburtsdatum	Farbe	Patient seit	Männl.	Weibl.	Kastriert:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rasse/Mischling aus				Besondere Kennzeichen		Mikrochip-/Tätowierungs-Nr.			
<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>			

**Vorbericht**

<b>Vorerkrankungen</b>	
<input type="checkbox"/> Ohne Befund: Keine Erkrankungen, seitdem das Tier Patient der Praxis ist.	<input type="checkbox"/> Ohne Befund: Die Vorgeschichte des Tieres ist nicht bekannt.
Frühere Erkrankungen/Operationen:	Ausgeheilt:
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Gesundheits-  
untersuchung**

<b>Befund</b>	
<input type="checkbox"/> Ohne Befund: Das untersuchte Tier ist derzeit frei von Anzeichen akuter, chronischer, ansteckender oder nicht ansteckender Erkrankungen.	
Der pathologische Befund lautet:	
<input type="text"/>	
<b>Folgeschäden</b>	
<input type="checkbox"/> Ohne Folgeschäden: Beim untersuchten Tier können Folgeschäden aufgrund des o. g. pathologischen Befundes ausgeschlossen werden.	
Folgeschäden können nicht ausgeschlossen werden, weil:	
<input type="text"/>	
<b>Bemerkungen</b>	
<input type="text"/>	
<b>Aktueller Impfstatus</b>	
Impfung am	Gegen
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>