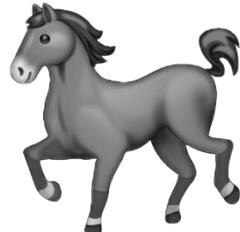
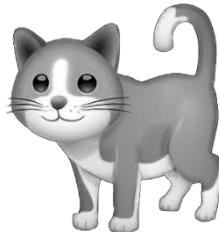


Anfrage zur Tierkrankenversicherung



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 Bedingungswerte. 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 Edewecht 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 Edewecht
Telefon: +49 (0) 4405 49786
E-Mail: webmaster@tauch-versicherungen.de
Whatsapp: 01603683349

Antragsteller/ Tierhalter	Titel, Name, Vorname <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="text"/> Straße, Hausnummer, Postfach <input type="text"/> Postleitzahl, Ort <input type="text"/>	Telefon <input type="text"/> Fax <input type="text"/>								
Untersuchungs- datum	Untersuchung am <input type="text"/> Die Untersuchung des Tieres darf erst ab Datum der Antragstellung erfolgen.									
Zu versicherndes Tier	Hund <input type="checkbox"/> Katze <input type="checkbox"/> Name (gemäß Arztdatei) <input type="text"/> Geburtsdatum <input type="text"/> Farbe <input type="text"/> Patient seit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Männl. <input type="checkbox"/> Weibl. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kastriert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Rasse/Mischling aus <input type="text"/> Besondere Kennzeichen <input type="text"/> Mikrochip-/Tätowierungs-Nr. <input type="text"/>								
Vorbericht	<p>Vorerkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> Ohne Befund: Keine Erkrankungen, seitdem das Tier Patient der Praxis ist. <input type="checkbox"/> Ohne Befund: Die Vorgesichte des Tieres ist nicht bekannt.</p> <p>Frühere Erkrankungen/Operationen:</p> <p><input type="text"/> Ausgeheilt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>									
Gesundheits- untersuchung	<p>Befund</p> <p><input type="checkbox"/> Ohne Befund: Das untersuchte Tier ist derzeit frei von Anzeichen akuter, chronischer, ansteckender oder nicht ansteckender Erkrankungen.</p> <p>Der pathologische Befund lautet:</p> <p><input type="text"/></p>									
	<p>Folgeschäden</p> <p><input type="checkbox"/> Ohne Folgeschäden: Beim untersuchten Tier können Folgeschäden aufgrund des o. g. pathologischen Befundes ausgeschlossen werden.</p> <p>Folgeschäden können nicht ausgeschlossen werden, weil:</p> <p><input type="text"/></p>									
	<p>Bemerkungen</p> <p><input type="text"/></p>									
	<p>Aktueller Impfstatus</p> <table border="0"> <tr> <td>Impfung am</td> <td>Gegen</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>		Impfung am	Gegen	<input type="text"/>					
Impfung am	Gegen									
<input type="text"/>	<input type="text"/>									
<input type="text"/>	<input type="text"/>									
<input type="text"/>	<input type="text"/>									