



EFO Paardenverzekering  
bezoekadres: Turfschip 11, Heerenveen  
Postadres: Postbus 131, 8440 AC Heerenveen  
Telefoon: (0513) 622275  
email: info@efo.nl  
KvK Friesland 01001741

# Schademelding

## Gegevens verzekeringnemer

Naam	
Adres	
Postcode en woonplaats	
telefoonnummer werk/privé	
e-mail adres	bankrekening

## Gegevens paard/pony

Naam paard		leeftijd	<input type="text"/>	jaar	
Geboortedatum	dd-mm-jjjj	geslacht	merrie/hengst/ruin		svp omcirkelen
polisnummer					
Bent u de enige eigenaar?	ja <input type="checkbox"/>	nee <input type="checkbox"/>	svp gegevens mede-eigenaren doorgeven op een apart blad		
Heeft u nog een andere verzekering voor dit paard?	ja <input type="checkbox"/>	nee <input type="checkbox"/>	svp gegevens doorgeven op een apart blad		

## Gegevens van uw gebruikelijke dierenarts cq dierenkliniek

Naam	
Adres	
Postcode en woonplaats	
telefoonnummer	

Ondergetekende machtigt EFO Paardenverzekering informatie betreffende de medische behandelingen van het paard op te vragen bij deze dierenarts cq dierenkliniek.

## Gebeurtenis, wanneer liep het paard letsel op of wanneer werd het paard ziek?

Datum	dd-mm-jjjj
Tijdstip	uu:mm
Plaats	

## Omschrijving van de toedracht (altijd invullen)

Duidelijke omschrijving van de gebeurtenis evenals vermelding van de oorzaak

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### **Gevolg van het gebeurde**

Duidelijke omschrijving van de aard van het letsel, de ziekteverschijnselen en/of de doodsoorzaak

---

---

---

---

---

---

---

---

### **Nadere schadeinformatie**

Is iemand anders verantwoordelijk

voor de door u geclaimde schade?

ja

nee

*svp gegevens doorgeven op een apart blad*

Werd er procesverbaal opgemaakt van  
het gebeurde?

ja

nee

*svp gegevens doorgeven op een apart blad*

Zijn er getuigen van het gebeurde?

ja

nee

*svp gegevens doorgeven op een apart blad*

### **Wanneer werd de dierenarts voor het eerst ingeschakeld?**

Datum *dd-mm-jjjj*

Tijdstip *uu:mm*

*Als er meer dan 24 uur verstreken is nadat het paard letsel opliep of ziek werd en voordat de dierenarts werd ingeschakeld wilt u dan op een apart blad de reden hiertoe opgeven?*

### **Welke dierenarts of dierenkliniek heeft de behandeling uitgevoerd?**

naam:

adres:

woonplaats:

*telefoonnummer*

Is het paard nog steeds onderbehandeling?

ja

nee

Geschatte duur van de behandeling \_\_\_\_\_

*Ondergetekende machtigt EFO Paardenverzekering informatie betreffende de behandeling van het paard op te vragen bij de dierenarts cq dierenkliniek welke de behandeling heeft uitgevoerd.*

### **Ondergetekende verklaart:**

- *vorenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en verstrekt en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen.*
- *bekend te zijn met de bepaling dat bij onware opgave elk recht op uitkering vervalt.*

Woonplaats \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Handtekening verzekeringnemer \_\_\_\_\_

*bij minderjarigheid: ouder/voogd*

**Formulier s.v.p. retour sturen naar: EFO Paardenverzekering, Postbus 131, 8440 AC HEERENVEEN**