



Bitte ergänzen Sie den Fragebogen mit Ihren Wünschen:

- | | | |
|---------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| Schadenshöchstgrenze | <input type="checkbox"/> unbegrenzt | <input type="checkbox"/> maximiert |
| Stand- u. Vollnarkoste | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 1,2 oder 3 fache Satz Gebührenordnung | Satz | |
| Inkl. Chip OP | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Alter Pferd | Alter | |
| Wieviele Pferde (Rabatte) | Anzahl | |
| SB gewünscht | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| OP auch im Stall | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| OP nur Klinik | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bild gebendes Verfahren 500/1000/unbegrenzt | Höhe | |
| <u>Vorerkrankungen:</u> | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Sonstige Anmerkungen und Wünsche:

Datum, Unterschrift (Kunde)

Bitte zurücksenden an: info@christmann-versicherungen.de