



**ETA GLOB**  
HELP SYSTEM



Eta-Glob Help-System  
Postfach 88, CH-3900 Brig  
Tel. +41 (0)27 946 60 24  
Fax +41 (0)27 946 60 34  
[www.horse-rescue.ch](http://www.horse-rescue.ch) / [info@horse-rescue.ch](mailto:info@horse-rescue.ch)

## Schadenmeldung Eta-Glob Help-System

### Korrektes Einreichen der Unterlagen nach einem Schadenfall:

- Schadenformular „Schadenmeldung Eta-Glob Help-System“ vollständig ausfüllen
- „Tierärztlicher Bericht zu Schadenfall Eta-Glob Help-System“ vom erstbehandelnden Veterinär ausfüllen lassen
- Der Tierarztbericht und das Schadenmeldungsformular sind uns im Original zusammen mit der Kopie der Rechnung des Rettungs- oder Transportdienstes zurückzusenden

Wir bitten Sie, die Unterlagen zum Schadenfall in einer Sendung zuzustellen. Also erst, wenn Sie alle verlangten Papiere beisammen haben. Besten Dank.

Für weitere Informationen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

### Ihr Eta-Glob Team

027 946 60 24  
[info@horse-rescue.ch](mailto:info@horse-rescue.ch)





**Schadenmeldung ETA-GLOB HELP-SYSTEM**

**Besitzer des Tieres** **Mitglied-Nr.** \_\_\_\_\_

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

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

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Mitglied (falls abweichend zu Besitzer)**

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

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

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

**Geschädigtes Tier**

Name des Tieres: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum oder Jahrgang: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  männlich  weiblich

Gattung: \_\_\_\_\_ Rasse: \_\_\_\_\_

Farbe: \_\_\_\_\_

Transponder / Tätowierung / Pass-Nr.: \_\_\_\_\_

**Wann ereignete sich der Unfall bzw. wann wurde die Krankheit festgestellt**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ausführliche Beschreibung des Unfallherganges bzw. des Krankheitsbeginns (falls nötig, zusätzliches Blatt verwenden):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# ETA-GLOB HELP-SYSTEM: Schadenmeldung Seite 2

**Tierarzt, welcher den Notfalltransport angeordnet hat (vollständige Adresse)**

---

---

**Weiterbehandlung durch Arzt / Spital (vollständige Adresse)**

---

---

**Wurde ein Polizeirapport erstellt?**  ja  nein

Durch wen? \_\_\_\_\_

**Wurde eine Alarmzentrale eingeschaltet?**  ja  nein

Wenn ja:  GTRD (079 700 70 70)  Eta-Glob (044 301 20 30)  Andere: \_\_\_\_\_

**Ist eine Drittperson in den Unfall verwickelt?**  ja  nein

Wenn ja, vollständige Adresse: \_\_\_\_\_

**Wer betreute das Tier zur Zeit des Unfalles (vollständige Adresse)?**

---

---

**Haben/werden Sie den Schadenfall einer Versicherungsgesellschaft eingereicht?**

ja  nein

Wenn ja, bitte Adresse der Versicherungsgesellschaft und Ihre Policen- oder Schadennummer angeben:

---

---

**Zahlungsadresse für unsere Leistungen**

Die Entschädigung wird Ihnen direkt ausbezahlt, bitte geben Sie uns Ihr Bank- oder Postkonto bekannt:

IBAN Nr.: \_\_\_\_\_

Konto lautet auf (Name, Vorname, Adresse): \_\_\_\_\_

---

---

**Bemerkungen**

---

---

**Schlussbestimmungen**

Alle Fragen müssen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet werden. Der Unterstützungsbeitrag entfällt, wenn zwecks Täuschung unwahre Angaben gemacht oder Tatsachen verschwiegen werden. Zusätzlich ermächtigt das Mitglied den Verein und deren Beauftragten zur Einsichtnahme in sämtliche den Fall betreffenden Akten (z.B. medizinische Unterlagen, Akten des Unfallversicherers, amtliche Akten usw.).

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Beilagen:  Polizeirapport/Unfallprotokoll  Andere Unterlagen: \_\_\_\_\_  
 Arztbericht/Spitalbericht  Rechnungen



**Tierärztlicher Bericht zu Schadenfall ETA-GLOB HELP-SYSTEM**

**Besitzer des Tieres** **Mitglied-Nr.** \_\_\_\_\_

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

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

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

**Behandeltes Tier**

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum oder Jahrgang: \_\_\_\_\_

Gattung: \_\_\_\_\_ Rasse: \_\_\_\_\_

Farbe: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  männlich  weiblich

Transponder / Tätowierung / Pass-Nr.: \_\_\_\_\_

**Tierärztlicher Bericht**

Datum des Unfalls / Beginn der Krankheit: \_\_\_\_\_ Behandlungsbeginn: \_\_\_\_\_

Symptome: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wahrscheinliche Ursache: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Prognose: \_\_\_\_\_

Behandlung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Können Sie die Notwendigkeit des notfallmässigen Einsatzes bestätigen?  ja  nein

Begründung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wurde das Tier vorbehandelt?  ja  nein

Wenn ja, wann und Behandlungsgrund angeben: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dieser Abschnitt ist vom Tierarzt auszufüllen

**Ort, Datum, Stempel und rechts-gültige Unterschrift des Tierarztes:**