

Ansökan Hästförsäkring Foster & Föl



Bolagets noteringar: Bolag, bolagsnr, handläggare, ombudsnr
--

Försäkringstagarens namn och adress

När ska försäkringen börja gälla?	Försäkringsnummer
-----------------------------------	-------------------

➔ Uppgifter om kunden

Personnummer	Telefon bostad (även riktnr)	Telefon mobil
Momsredovisningsplikt föreligger <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	E-postadress	

➔ Uppgifter om stoet

Hästens namn	Född	Ras
Reg. nr eller chipnr.	Färg och tecken	
Egen uppfödning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	När är stoet betäckt / seminerat senast	Vilken hingst är stoet seminerad med
Kostnad för språngavgift	Övriga kostnader	
När är stoet dräktighetsundersökt *	Har stoet kastat/resorberat tidigare <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, antal gånger	
Stoets härstamning		

➔ Önskad omfattning på försäkringen

<input type="checkbox"/> Foster och Fölförsäkring	Försäkringsbelopp
---	-------------------

Eftersom Foster och föl är en korttidsförsäkring så kan betalningen inte delas upp utan betalas i sin helhet vid tecknandet.

* Dräktighetsintyg som är högst 5 dagar gammalt vid försäkringens tecknande ska bifogas om försäkringen ska gälla för resorption/ej bevisad kastning.

➔ Underskrift av försäkringstagaren

Härmed intygar jag att samtliga lämnade uppgifter och svar i denna ansökan är fullständiga och sanna. Jag medger att de läggs till grund för försäkringsavtalet och känner till att oriktiga och ofullständiga uppgifter kan medföra att avtalet är ogiltigt.	
Datum	Namnteckning