

# Hälsodeklaration Hästförsäkring



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

Försäkringstagarens namn och adress

## Personuppgifter

Personnummer	Telefon bostad (även riktnr)	Telefon mobil
E-postadress		

## Uppgifter om hästen

Hästens namn	Född	Ras	Kön
Reg. nr eller chipnr.	Färg och tecken		

## Hälsodeklaration och information om hästen

Är hästen vaccinerad mot stelkramp	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Är hästen vaccinerad mot influensa	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Har hästen varit sjuk, skadad eller haft nedsatt användbarhet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Har hästen någon gång undersökts/behandlats av veterinär för sjukdom/skada? *	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Har hästen haft hosta eller visat tecken på problem med luftvägarna?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Har hästen varit halt eller haft rörelsestörningar?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Har hästen haft fång?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Har försäkringsersättning utbetalats för hästen någon gång?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Är hästen fullt frisk, utan tecken på sjukdom eller skada, samt i god kondition?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
* Ange tidigare sjukdomar och skador samt när de inträffat			

## Övriga upplysningar


## Underskrift av försäkringstagaren

Härmed intygas att ovanstående uppgifter är fullständiga och korrekta.

Datum	Namnteckning
-------	--------------