

Ansökan och ändring Häsförsäkring



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

Försäkringstagarens namn och adress

Ny försäkring Ändring av omfattning Ändring av försäkringsbelopp

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

➔ Uppgifter om kunden

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

➔ Uppgifter om hästen

Hästens namn	Född	Ras	Kön
Reg. nr eller chipnr.	Färg och tecken		
Egen uppfödning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Inköpt datum	Inköpspris kr	
Inköpt från		Importerad datum	
Är hästen veterinärbesiktigad? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, datum		<input type="checkbox"/> Veterinärintyg bifogas
Försäkrad tidigare? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, omfattning		
Försäkringsbolag	Försäkringsnr	Förfallodag	

Uppgifter om hästens nuvarande hälsotillstånd skall fyllas i på andra sidan!

➔ Önskad omfattning på försäkringen

<input type="checkbox"/> Hel Livförsäkring	Försäkringsbelopp	<input type="checkbox"/> Hel Veterinärvård	<input type="checkbox"/> 60 000	<input type="checkbox"/> 120 000
<input type="checkbox"/> Begränsad Livförsäkring	Försäkringsbelopp	<input type="checkbox"/> Begränsad Veterinärvård	<input type="checkbox"/> 60 000	<input type="checkbox"/> 120 000
<input type="checkbox"/> Tandvårdsförsäkring				

Hästens namn

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			

Övrigt

Meriter
Härstamning
Vad ska hästen användas till?
Övriga upplysningar

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	Namn-teckning