

Ansökan och ändring Hund- och Kattförsäkring



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

| |
|-------------------------------------|
| Försäkringstagarens namn och adress |
|-------------------------------------|

Hund Katt 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 djuret

| | | | |
|--|-------------------|---|----------------|
| Hundens/kattens namn | Född | Ras (om blandras, ange raser) | Kön |
| Reg. nr eller Chipnr. | Färg och teckning | Kastrerad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Raskod / grupp |
| Egen uppfödning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Inköpt datum | Inköpspris kr | |
| Inköpt från | | Importerad datum | |
| Är djuret veterinärbesiktigat? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/> Ja | Om ja, datum | Vaccinerad, datum | |
| Försäkrad tidigare? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/> Ja | Om ja, omfattning | | |
| Försäkringsbolag | Försäkringsnr | Förfalldag | |

Önskad omfattning på försäkringen

| | | | |
|--|----------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Livförsäkring | Belopp | <input type="checkbox"/> Veterinärvårdsförsäkring | Maxersättning <input type="checkbox"/> 30 000 <input type="checkbox"/> 60 000 |
| <input type="checkbox"/> Avelsförsäkring | Kennel / katterinamn | | <input type="checkbox"/> Tandvårdsförsäkring |

Hälsodeklaration

| | |
|---|--|
| Har djuret varit sjuk eller skadat? * | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej |
| Har djuret någon gång undersökts/behandlats av veterinär för sjukdom/skada? * | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej |
| Har försäkringsersättning utbetalats för djuret någon gång? * | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej |
| Har djuret haft klåda eller allergi? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej |
| Är djuret idag fullt friskt och utan tecken på sjukdom eller skada? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| * Ange tidigare sjukdomar och skador samt tidpunkt | |

Underskrift av försäkringstagaren

| | |
|---|---------------|
| Härmed förklarar 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 |