

WNIOSEK O UBEZPIECZENIE KONIA I DEKLARACJA ZDROWIA

Prosimy o wypełnienie oddzielnego formularza dla każdego KONIA zgłaszanego do ubezpieczenia i przesłanie do: MGZ Gama, ul. Reja 8, 05-820 Piastów, e-mail mg@gmgzama.pl, fax (+48) 22 723 0777

Imię i nazwisko właściciela KONIA _____

PESEL _____

Adres

zamieszkania _____

Telefon w pracy _____

Telefon w domu _____

E-mail _____

Faks _____

Adres stajni, gdzie KOŃ przebywa na stałe _____

Nazwisko i adres lekarza weterynarii, który na co dzień opiekuje się KONIEM:

_____ Telefon _____

Czy niniejszy wniosek dotyczy rozszerzenia istniejącej już polisy? TAK NIE

Jeśli TAK, prosimy o podanie numeru polisy _____

| Nazwa KONIA | Płeć | Maść | Data urodzenia | Ojciec | Matka | Rasa |
|-------------------|------|------|----------------|--------|-------|------|
| | | | | | | |
| nr paszportu PZHK | | | | | | |
| | | | | | | |

| Data zakupu | Cena zakupu | Sposób nabycia: aukcja zakup prywatny własna hodowla | Sposób użytkowania | Okres ubezpieczenia 12 miesięcy (podać jeśli inny) | Proponowana suma ubezpieczenia (PLN) |
|-------------|-------------|---|--------------------|--|--------------------------------------|
| | | | | | |

1. Czy jest Pan/Pani wyłącznym właścicielem KONIA? TAK NIE Jeśli nie, podać udział _____

Czy na KONIU ciąży jakaś należność w związku z jego nabyciem? TAK NIE

Jeśli TAK, prosimy podać nazwisko i adres wierzyciela _____

2. Ile koni Pan/Pani posiada i ile chce ubezpieczyć? _____ Jeśli nie ubezpiecza Pan/Pani

wszystkich swoich koni, prosimy podać dlaczego: _____

3. Czy KOŃ jest dzierżawiony? TAK NIE

Imię, nazwisko i adres dzierżawcy: _____

4. Czy w okresie ostatnich 36 miesięcy zdarzył się przypadek śmierci należącego do Pana/Pani konia? TAK NIE Jeśli TAK, prosimy podać szczegóły:
5. Czy kiedykolwiek jakieś towarzystwo ubezpieczeniowe odmówiło ubezpieczenia należącego do Pana/Pani konia? TAK NIE
6. Czy KOŃ jest pod stałą, codzienną opieką? TAK NIE Prosimy podać nazwisko osoby opiekującej się KONIEM, jeśli jest to osoba inna niż Właściciel:
-
7. Jeśli KOŃ występuje w zawodach sportowych lub wyścigach, prosimy podać poziom sportowy lub handicap
-
8. Jeśli ubezpiecza Pan/Pani KONIA na wartość wyższą niż cena zakupu, albo gdy KOŃ był nabyty wcześniej niż 12 miesięcy temu, suma ubezpieczenia musi zostać uzasadniona karierą użytkową, kosztami treningu, nagrodami itd. Prosimy podać pełną informację potrzebną dla uzasadnienia wartości
-
9. Czy przyjmuje Pan/Pani obowiązek niezwłocznego powiadomienia nas o każdym okaleczeniu, chorobie, operacji, lub śmierci KONIA, i jest Pan/Pani świadomy(a), że niedopełnienie tego obowiązku może skutkować nieuznaniem szkody? TAK NIE
10. Stosowana metoda odrobaczania KONIA (podać preparat) _____
11. Czy według Pana/Pani wiedzy KOŃ kiedykolwiek przechodził kolkę, lub miał jakikolwiek problem jelitowy czy trawienny? TAK NIE Jeśli TAK prosimy opisać stan po przebyciu choroby: _____
-
12. Czy według Pana/Pani wiedzy KOŃ przechodził jakąkolwiek operację (również kastrację, jeżeli miała miejsce w ciągu ostatnich 12 miesięcy)? TAK NIE Jeśli TAK, prosimy o szczegóły i opis stanu po operacji: _____
-
13. Czy według Pana/Pani wiedzy KOŃ kiedykolwiek cierpiał z powodu kulawizny, pęknięcia kości, uszkodzenia ścięgien lub więzadeł? TAK NIE Jeśli TAK, prosimy o szczegóły i opis stanu po wyzdrowieniu:
-
14. Czy według Pana/Pani wiedzy stwierdzono kiedykolwiek u KONIA melanomę, sarkoidy, brodawki lub innego typu narośla? TAK NIE Jeśli TAK, prosimy o szczegóły i opis obecnego stanu:
-
15. Czy według Pana/Pani wiedzy KOŃ miał kiedykolwiek wypadek lub chorobę inną niż opisane w punktach 11, 12, 13 lub 14? TAK NIE , Jeśli TAK, prosimy o szczegóły i opis obecnego stanu:

16. Czy według Pana/Pani wiedzy wystąpiły objawy zakaźnych lub zaraźliwych chorób zwierząt w ciągu ostatnich 12 miesięcy w miejscu pobytu KONIA?

TAK NIE Jeśli TAK, prosimy o szczegóły i opis obecnego stanu:

17. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy KOŃ był leczony przez lekarza weterynarii, fizjoterapeutę, masażyście, specjalistę od akupunktury lub homeopatii z powodów innych niż rutynowe szczepienia lub czynności położnicze, oraz czy był poddawany jakimkolwiek innym zabiegom leczniczym łącznie z podkuwaniem korekcyjnym? Czy koń otrzymywał leki przeciwbólowe lub przeciwzapalne sterydowe lub niesterydowe?

TAK NIE Jeśli TAK, prosimy o szczegóły i opis obecnego stanu:

18. Czy zgodnie z Pana/Pani najlepszą wiedzą KOŃ jest obecnie w dobrym stanie zdrowia włączając pokrój, oczy, serce, drogi oddechowe i ruch, oraz czy w związku z tym stanowi normalne ryzyko w proponowanym ubezpieczeniu?

NIE TAK Jeśli NIE, prosimy o szczegóły:

19. Czy wnioskuję Pan/Pani o ubezpieczenie KONIA od **KRADZIEŻY**? TAK NIE

Jeżeli TAK: Czy w miejscu pobytu KONIA jest odpowiednie ogrodzenie i środki zabezpieczające przed kradzieżą? TAK NIE Czy zdarzyła się kiedykolwiek kradzież lub usiłowanie kradzieży Pana/Pani koni w tym miejscu lub jakimkolwiek innym? TAK NIE Jeśli Tak prosimy podać szczegóły:

Czy ma Pan/Pani powody, aby sądzić, że Pana/Pani KOŃ jest narażony na kradzież?

TAK NIE Czy otrzymywał(a) Pan/Pani groźby pod swoim adresem lub dotyczące swoich koni? TAK NIE Jeśli tak prosimy o szczegóły

DODATKOWE OPCJE UBEZPIECZENIA

20. Czy wnioskuję Pan/Pani o ubezpieczenie KONIA od **KOSZTÓW LECZENIA**?

TAK NIE

Jeśli TAK, prosimy o wybranie opcji ubezpieczenia, biorąc pod uwagę, że Udział własny w pojedynczej szkodzie wynosi 500 PLN lub 15% szkody (wyższa z tych sum), a suma ubezpieczenia kosztów leczenia nie może przekroczyć ubezpieczonej wartości konia.

składka 250 zł – tylko **operacje ratujące życie**, suma ubezpieczenia 10.000 zł, Ubezpieczenie obejmuje koszty operacji, transportu konia i utrzymania w klinice do 15 dni związane z operacją ratującą życie.

składka 350 zł – suma ubezpieczenia 5.000 zł, ubezpieczenie nie obejmuje kosztów transportu i utrzymania konia w klinice.

składka 500 zł – suma ubezpieczenia 10.000 zł. W przypadku operacji ratującej życie ubezpieczenie obejmuje również koszty transportu konia i utrzymania w klinice do 15 dni.

21. Czy wnioskuje Pan/Pani o ubezpieczenie **ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ** właściciela KONIA?

TAK NIE Jeżeli TAK, prosimy o wybranie sumy ubezpieczenia:

- | | | | |
|--------------------------|-------------------------|-----------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | ochrona do 100.000 zł | - składka | 75 zł za konia |
| <input type="checkbox"/> | ochrona do 200.000 zł | - składka | 125 zł za konia |
| <input type="checkbox"/> | ochrona do 500.000 zł | - składka | 175 zł za konia |
| <input type="checkbox"/> | ochrona do 1.000.000 zł | - składka | 350 zł za konia |

Uwaga: składka jest pobierana od każdego konia objętego niniejszą Polisą. Ubezpieczenie chroni Pana/Panią oraz upoważnionych jeźdźców i luzaków na terytorium Polski oraz podczas krótkich pobytów (do 30 dni) w innych krajach Unii Europejskiej.

22. Czy wnioskuje Pan/Pani o ubezpieczenie od **Następstw Nieszczęśliwych Wypadków** dla siebie oraz dla innych osób jeżdżących na TYM KONIU lub zajmujących się nim?

TAK NIE Jeżeli TAK, prosimy o podanie imion i nazwisk dwóch osób (jeźdźca i luzaka), które chce Pan/Pani (oprócz siebie) ubezpieczyć od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków, oraz prosimy o wybranie sumy ubezpieczenia:

- | | | | |
|--------------------------|----------------------|----------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | ochrona do 10.000 zł | składka: | 50 zł za konia |
| <input type="checkbox"/> | ochrona do 20.000 zł | składka: | 100 zł za konia |
| <input type="checkbox"/> | ochrona do 30.000 zł | składka: | 150 zł za konia |

Ubezpieczeni: _____

23. Czy wnioskuje Pan/Pani o ubezpieczenie od **Kosztów Leczenia Dentystycznego** dla siebie oraz dla innych osób jeżdżących na TYM KONIU lub zajmujących się nim?

TAK NIE Jeżeli TAK, prosimy o podanie imion i nazwisk dwóch osób (jeźdźca i luzaka), które chce Pan/Pani (oprócz siebie) ubezpieczyć od Kosztów Leczenia Dentystycznego oraz prosimy o wybranie sumy ubezpieczenia:

- | | | | |
|--------------------------|---------------------|----------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | ochrona do 2.500 zł | składka: | 50 zł za konia |
| <input type="checkbox"/> | ochrona do 5.000 zł | składka: | 100 zł za konia |
| <input type="checkbox"/> | ochrona do 7.500 zł | składka: | 150 zł za konia |

Ubezpieczeni: _____

24. Czy wnioskuje Pan/Pani o ubezpieczenie **Sprzętu Jeździeckiego** używanego do jazdy na TYM KONIU

TAK NIE Jeżeli TAK, prosimy o załączenie do Wniosku listy sprzętu zgłoszonego do ubezpieczenia z zaznaczeniem marki, roku zakupu i ceny zakupu oraz prosimy o wybranie wariantu:

- | | | | | | |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ochrona do 2.500 zł | składka: 75 zł za konia | <input type="checkbox"/> | ochrona do 20.000 zł | składka: 600 zł za konia |
| <input type="checkbox"/> | ochrona do 5.000 zł | składka: 150 zł za konia | <input type="checkbox"/> | ochrona do 30.000 zł | składka: 900 zł za konia |
| <input type="checkbox"/> | ochrona do 10.000 zł | składka: 300 zł za konia | <input type="checkbox"/> | ochrona do 50.000 zł | składka: 1.500 zł za konia |

Czy kiedykolwiek zdarzyła się kradzież sprzętu z Pani/Pana siodłarni? TAK NIE
W jaki sposób siodlarnia jest zabezpieczona przed wejściem nieupoważnionych osób?

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem powyższe informacje są prawdziwe i ścisłe, oraz że żadna informacja mogąca mieć wpływ na warunki ubezpieczeniowych nie została zatajona, oraz że w przypadku podpisania polisy niniejszy wniosek/deklaracja zdrowia będzie podstawą umowy między mną i ubezpieczycielem.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, których administratorem jest MGZ Gama sp. z o.o. z siedzibą w Piastowie (05-820) ul. Reja 8, wyłącznie dla celów ubezpieczeniowych. MGZ Gama, jako administrator informuje Panią/Pana o prawie dostępu do treści oraz poprawiania swoich danych osobowych, przetwarzanych w celach ubezpieczeniowych.

Uwaga: Informacja zawarta w niniejszym Wniosku i Deklaracji Zdrowia stanowi podstawę zawarcia Umowy Ubezpieczenia. Nieprawdziwe informacje wpisane w niniejszym wniosku mogą skutkować unieważnieniem Polisy.

IMIĘ I NAZWISKO (drukowanymi literami): _____

PODPIS: _____

DATA: _____