

**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						

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, masażystę, 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 525 PLN lub 16% szkody (wyższa z tych sum), a suma ubezpieczenia kosztów leczenia nie może przekroczyć ubezpieczonej wartości konia.

składka 265 zł – tylko **operacje ratujące życie**, suma ubezpieczenia 10.000 zł,

składka 370 zł – ubezpieczenie obejmuje zarówno koszty leczenia konia, jak i operacje ratujące życie, suma ubezpieczenia 5.000 zł.

składka 525 zł – ubezpieczenie obejmuje zarówno koszty leczenia konia, jak i operacje ratujące życie, 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 | 80 zł za konia  |
| <input type="checkbox"/> | ochrona do 200.000 zł   | - składka | 135 zł za konia |
| <input type="checkbox"/> | ochrona do 500.000 zł   | - składka | 185 zł za konia |
| <input type="checkbox"/> | ochrona do 1.000.000 zł | - składka | 370 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: | 55 zł za konia  |
| <input type="checkbox"/> | ochrona do 20.000 zł | składka: | 110 zł za konia |
| <input type="checkbox"/> | ochrona do 30.000 zł | składka: | 160 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: | 55 zł za konia  |
| <input type="checkbox"/> | ochrona do 5.000 zł | składka: | 110 zł za konia |
| <input type="checkbox"/> | ochrona do 7.500 zł | składka: | 160 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: 80 zł za konia  | <input type="checkbox"/> | ochrona do 20.000 zł | składka: 630 zł za konia   |
| <input type="checkbox"/> | ochrona do 5.000 zł  | składka: 160 zł za konia | <input type="checkbox"/> | ochrona do 30.000 zł | składka: 945 zł za konia   |
| <input type="checkbox"/> | ochrona do 10.000 zł | składka: 315 zł za konia | <input type="checkbox"/> | ochrona do 50.000 zł | składka: 1.575 zł za konia |

Czy kiedykolwiek zdarzyła się kradzież sprzętu z Pani/Pana siodłami? 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 ubezpieczenia 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: \_\_\_\_\_