



WNIOSEK o UBEZPIECZENIE konia sportowego lub rekreacyjnego

SZANIEWNI PAŃSTWO, DZIĘKUJEMY ZA INFORMACJE PRZEKAZANE NAM WE WNIOSKU DO TARYFIKACJI I ZAAKCEPTOWANIE NASZEGO WSTĘPNEGO WSKAZANIA SKŁADKI. ABY ZAKOŃCZYĆ PROCES OCENY RYZYKA MUSIMY ZADAĆ PANI/PANU KILKA DODATKOWYCH PYTAŃ. WYKORZYSTALIŚMY UZYSKANE INFORMACJE I WYPEŁNILIŚMY DLA PANI/PANA CZĘŚĆ TEGO FORMULARZA. PROSZĘ SPRAWDZIĆ, CZY NIE MA W NIM BŁĘDÓW. W PRZECIWNYM RAZIE WYSTARCZY WYPEŁNIĆ PUSTE MIEJSCA. PO OTRZYMANIU ODPOWIEDZI BĘDIEMY MOGLI PRZEDSTAWIĆ PAŃSTWU NASZĄ WIAŻĄCĄ OFERTĘ UBEZPIECZENIA.

PRZED UDZIELENIEM ODPOWIEDZI NA PYTANIA PROSIMY O UWAŻNE PRZECZYTANIE OŚWIADCZENIA ZNAJDUJĄCEGO SIĘ NA KOŃCU WNIOSKU, KTÓRE NALEŻY PODPISAĆ. PROSZĘ ZWRÓCIĆ UWAGĘ, ABY NA WSZYSTKIE PYTANIA ODPOWIEDZIEĆ W PEŁNI, SZCZERZE I ZGODNIE ZE SWOJĄ NAJLEPSZĄ WIEDZĄ. JEŻELI NIE ROZUMIEJĄ PAŃSTWO ZNACZENIA KTÓREGOKOLWIEK PYTANIA LUB NIE ZNAJĄ PAŃSTWO ODPOWIEDZI, NALEŻY NAS O TYM POINFORMOWAĆ. JEŻELI NIE MA WYSTARCZAJĄCO DUŻO MIEJSCA, ABY ODPOWIEDZIEĆ NA KTÓREKOLWIEK Z PYTAŃ, PROSZĘ KONTYNUOWAĆ NA OSOBNEJ KARTCE.

Właściciel Konia/ Ubezpieczony:	
Adres z kodem pocztowym:	Telefon : Email : PESEL:
Nazwa ogiera do Ubezpieczenia :	

Lekarz(e) weterynarii	Telefon
Adres z kodem pocztowym	Odległość dojazdu do konia

1	Prosimy odpowiedzieć na pytania dot. konia proponowanego do ubezpieczenia		
2	Adres stajni z kodem pocztowym, gdzie koń przebywa na stałe		
3	Czy koń powraca do stajni na noc?	☐ Tak	☐ Nie
4	Czy koń co dziennie jest wypuszczany na padok?	☐ Tak	☐ Nie
5	Prosimy podać pełne szczegóły dotyczące kradzieży, próby kradzieży lub groźby kradzieży któregoś z Państwa koni w ciągu ostatnich 36 miesięcy. Proszę użyć dodatkowego arkusza, jeśli to konieczne.		
6	Czy koń jest w dzierżawie lub czy ustanowiono na nim zastaw? Jeśli Tak, prosimy o szczegóły	☐ Tak	☐ Nie
7	Czy w stajni występują lub występowały w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy lub według Pana/Pani wiedzy w sąsiedztwie choroby zakaźne lub zaraźliwe? Jeśli odpowiedział Pan/Pani Tak na to pytanie, proszę podać szczegóły poniżej.	☐ Tak	☐ Nie
8	Czy koń obecnie ubezpieczony lub był wcześniej ubezpieczony? Jeśli Tak, proszę podać poniżej szczegóły, w tym nazwę (nazwy) ubezpieczyciela (ubezpieczycieli).	☐ Tak	☐ Nie

9	Czy jakkolwiek ubezpieczyciel kiedykolwiek odmówił ubezpieczenia lub odnowienia ubezpieczenia Państwa koni? Jeśli tak, proszę podać szczegóły poniżej.	☐ Tak	☐ Nie
10	Czy macie Państwo inne konie, które nie są proponowane do tego ubezpieczenia? Jeśli tak, proszę podać szczegóły poniżej i podać powód (np. "już ubezpieczone").	☐ Tak	☐ Nie
11	Proszę podać poniżej ile koni stracili Państwo w ciągu ostatnich dwóch lat (jeśli w ogóle), niezależnie od klasy, typu czy rasy. Proszę podać przyczynę i datę utraty w każdym przypadku.		
12	Czy kiedykolwiek wypłacono Państwu odszkodowanie z tytułu jakiegokolwiek polisy ubezpieczeniowej dotyczącej koni? Jeśli tak, proszę podać poniżej liczbę roszczeń, otrzymaną(e) kwotę(y), datę(y) szkody oraz nazwę(y) ubezpieczyciela.	☐ Tak	☐ Nie
13	Czy wnioskowany ubezpieczony był kiedykolwiek skazany za przestępstwo związane z nieuczciwością, oszustwem, przemocą, podpaleniem, narkotykami lub za inne przestępstwo o charakterze kryminalnym, lub czy toczy się przeciwko niemu jakiegokolwiek postępowanie? Jeżeli tak, proszę podać poniżej pełne informacje.	☐ Tak	☐ Nie
14	Czy istnieją jakiegokolwiek inne okoliczności według Państwa wiedzy lub opinii, i nieujawnione wcześniej, które mają lub mogą mieć wpływ na proponowane ubezpieczenie? Jeżeli Tak, prosimy o podanie szczegółów poniżej.	☐ Tak	☐ Nie

OŚWIADCZENIE

Proszę upewnić się, że zadbał Pan/Pani o udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania w sposób pełny, szczerzy i zgodny z Pana/Pani wiedzą. W przypadku podania dobrowolnych, dodatkowych informacji, należy to zrobić uczciwie i starannie.

Oświadczam, że wyżej wymieniony koń jest moją własnością, a odpowiedzi w tym formularzu są poprawne i kompletne pod każdym względem, zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem. Rozumiem, że jeżeli polisa zostanie wystawiona, warunki i składka będą oparte na informacjach, które podałem w niniejszym Wniosku.

Rozumiem, że brak podania pełnych i dokładnych informacji może unieważnić moją ochronę ubezpieczeniową i spowodować, że w przypadku szkody całość lub część roszczenia może nie zostanie wypłacona.

Podpis Ubezpieczającego		Nazwisko i Imię Ubezpieczającego	
Właściciel/Ubezpieczony		Telefon	
Data		Email	