



UBEZPIECZENIE KONI

Wniosek do taryfikacji

SZANOWNI PAŃSTWO, JEŚLI CHCECIE WIEDZIEĆ, ILE MOŻE KOSZTOWAĆ NASZE UBEZPIECZENIE, PROSIMY O UDZIELENIE ODPOWIEDZI NA PONIŻSZE PYTANIA. SĄ TO PODSTAWOWE INFORMACJE, KTÓRYCH POTRZEBUJEMY, ABY DOKONAĆ WSTĘPNEJ OCENY RYZYKA I PODAĆ WYSOKOŚĆ SKŁADKI. JEŻELI WYSOKOŚĆ SKŁADKI BĘDZIE DLA PAŃSTWA INTERESUJĄCA, MOŻEMY POPROSIĆ O ODPOWIEDZ NA BARDZIEJ SZCZEGÓŁOWE PYTANIA I POPROSIĆ O DOKUMENTACJĘ WETERYNARYJNĄ.

WŁAŚCICIEL KONIA			
Imię i Nazwisko			
Adres właściciela z kodem pocztowym	telefon		
	e-mail		
	PESEL		

IMIĘ KONIA I RASA				NR PASZPORTU			
DATA URODZENIA	OJCIEC	MATKA	Sposób użytkowania	Data i cena zakupu	Proponowana wartość Ubezpieczenia		

Proszę wskazać poniżej okres ubezpieczenia i ryzyka, które mają być nim objęte			
1	Nasza standardowa oferta jest na 12 miesięcy, jeśli życzą sobie Państwo krótszy okres prosimy o informację w okienku		
2	Nasza standardowa oferta obejmuje Ryzyko Śmierci z każdego powodu i Ryzyko Kradzieży . Zaznaczając Tak możecie Państwo wybrać dodatkowe ryzyko poniżej. Prosimy wybrać jedną z pośród dostępnych poniżej opcji (a-c)	☐	Tak
a	Same Koszty Operacji Ratujących Życie ubezpieczenie do 10.000 zł	☐	Tak
b	Koszty Operacji Ratujących Życie i leczenia stajennego ubezpieczenie do 5.000 zł	☐	Tak
c	Koszty Operacji Ratujących Życie i leczenia stajennego ubezpieczenie do 10.000 zł	☐	Tak
3	Other additional risks:		
	Utrata wartości użytkowej tylko w wyniku wypadku z widocznym zewnętrznym obrażeniem	☐	Tak
	Jeśli życzą sobie Państwo, aby jakiekolwiek inne ryzyko było objęte ubezpieczeniem, prosimy podać tutaj:		

OCENA RYZYKA			
4	Czy koń proponowany do ubezpieczenia był leczony lub miał wykonywane jakieś zabiegi weterynaryjne w ciągu ostatnich 12 miesięcy? Jeśli tak, proszę opisać poniżej powód, datę i czy w pełni wyzdrowiał?	☐	Tak
		☐	Nie
5	Czy koń jest obecnie zdrowy, zdalny do użytkowania i nie wykazuje oznak choroby? Jeśli Nie, prosimy o informację poniżej	☐	Tak
		☐	Nie
6	Czy koń doświadczył bólu lub dyskomfortu w przewodzie pokarmowym w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub kiedykolwiek miał operację kolki (z resekcją?), lub wrzody żołądka? Jeśli tak, proszę podać poniżej datę, opisać szczegóły i czy w pełni wyzdrowiał.	☐	Tak
		☐	Nie

7	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy koń doświadczył kulawizny (w ruchu lub w spoczynku), urazu ścięgien lub więzadeł, sztywności kończyn lub kiedykolwiek cierpiał na ochwat?	☐ 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 odpowiedzi zawarte w niniejszym Formularzu są poprawne i kompletne pod każdym względem, zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem. Rozumiem, że jeśli polisa zostanie wystawiona, warunki i składka będą oparte na informacjach podanych przeze mnie w niniejszym Formularzu.

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 Ubezpieczającego drukem	
Właściciel konia/Ubezpieczony		Telefon	
Data		Email	

Proszę zaznaczyć pole po prawej, jeśli chcą Państwo, aby dokumenty polisy zostały wysłane do Państwa pocztą. Jeśli to pole nie jest zaznaczone, dokumenty polisy zostaną wysłane pocztą elektroniczną na adres e-mail podany powyżej i na stronie 1 niniejszego dokumentu.

☐

Po wypełnieniu i podpisaniu niniejszego Formularza prosimy o przesłanie go drogą elektroniczną na adres mg@mgzgama.pl lub pocztą na adres:

MGZ Gama Sp. z o.o.o, ul. Reja 8, 05-820 Piastów

Jeśli chcecie Państwo porozmawiać z kimś o tym Formularzu lub jakimkolwiek innym aspekcie ubezpieczenia, prosimy zadzwonić do MGZ Gama sp. z o.o:

+48 22 723 07 77, +48 22 723 32 97

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

Państwa dane zostały lub zostaną, zebrane lub przechowane przez David Ashby Europe. Będziemy zarządzać Państwa danymi osobowymi zgodnie z prawem i zasadami ochrony danych. Wymagamy danych osobowych w celu zapewnienia dobrej jakości ubezpieczeń i usług dodatkowych i będziemy gromadzić dane osobowe wymagane w tym celu. Mogą to być dane osobowe takie jak nazwisko, adres, dane kontaktowe, dane identyfikacyjne, informacje finansowe oraz szczegóły dotyczące ryzyka.