

Personuppgifter försäkringstagare				
Namn		Organisationsnr		Personnr (år, mån,dag, nr)
Adress		Postnr		Ort
Telefon och riktnr		Mobiltelefon		E-postadress
Uppgifter om djuret				
Djurets namn		Kön	Född	Ras (Vid korsning ange raserna) Reg.nr
Härstamning (avser häst) e: _____ u: _____		Chipnr		
Utbildningsnivå/tävlingsmeriter senaste året (avser häst)		Avsedd användning		
Djuret är <input type="checkbox"/> egen uppf <input type="checkbox"/> inköpt	Inköpsdatum	Inköpspris	Säljare	
Har varit försäkrat tidigare <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Tidigare försäkringsbolag	Tidigare försäkringsnr	Försäkringens omfattning	Gällande till
Djuret veterinärbesiktigt <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om Ja, ange datum	Var	Anmärkning	
Hälsodeklaration				
Har djuret varit sjukt, skadat eller haft nedsatt användbarhet?		<input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Har säljaren lämnat information om tidigare sjukdomar/skador djuret haft?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Har djuret någon gång behandlats av veterinär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	Om Ja, ange var, när och för vad			
Behandlas ditt djur med något läkemedel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	Om Ja, ange för vad			
Har djuret haft problem vilka veterinär ej anlitats för? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	Om Ja, ange för vad och när			
Har försäkringsersättning utbetalats någon gång? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	Om Ja, ange för vad			
Är ditt djur fullt frisk i dag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	Om Nej, ange orsak			
Underskrift				
Undertecknad intygar härmed att ovanstående uppgifter är fullständiga och korrekta.				
Datum		Underskrift		