

Ansökan och ändring Hund- och Kattförsäkring



Bolagets noteringar: Bolag, bolagsnr, handläggare, ombudsnr
--

Försäkringstagarens namn och adress

Hund Katt Ny försäkring Ändring av omfattning Ändring av försäkringsbelopp

När ska försäkringen börja gälla?	Önskad huvudförfallomånad	Försäkringsnummer
-----------------------------------	---------------------------	-------------------

Uppgifter om kunden

Personnummer	Telefon bostad (även riktnr)	Telefon Mobil
E-postadress		
Premiebetalning <input type="checkbox"/> Helår <input type="checkbox"/> Halvår <input type="checkbox"/> Kvartal <input type="checkbox"/> Autogiro	Momsredovisningsplikt föreligger <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Uppgifter om djuret

Hundens/kattens namn	Född	Ras (om blandras, ange raser)	Kön
Reg. nr eller Chipnr.	Färg och teckning	Kastrerad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Raskod / grupp
Egen uppfödning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Inköpt datum	Inköpspris kr	
Inköpt från		Importerad datum	
Är djuret veterinärbesiktigat? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, datum	Vaccinerad, datum	
Försäkrad tidigare? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, omfattning		
Försäkringsbolag	Försäkringsnr	Förfalldag	

Önskad omfattning på försäkringen

<input type="checkbox"/> Livförsäkring	Belopp	<input type="checkbox"/> Veterinärvårdsförsäkring	Maxersättning <input type="checkbox"/> 30 000 <input type="checkbox"/> 60 000
<input type="checkbox"/> Avelsförsäkring	Kennel / katterinamn		<input type="checkbox"/> Tandvårdsförsäkring

Hälsodeklaration

Har djuret varit sjuk eller skadat? *	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
Har djuret någon gång undersökts/behandlats av veterinär för sjukdom/skada? *	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
Har försäkringsersättning utbetalats för djuret någon gång? *	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
Har djuret haft klåda eller allergi?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
Är djuret idag fullt friskt och utan tecken på sjukdom eller skada?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
* Ange tidigare sjukdomar och skador samt tidpunkt	

Underskrift av försäkringstagaren

Härmed förklarar jag att samtliga lämnade uppgifter och svar i denna ansökan är fullständiga och sanna. Jag medger att de läggs till grund för försäkringsavtalet och känner till att oriktiga och ofullständiga uppgifter kan medföra att avtalet är ogiltigt.	
Datum	Namnsteckning