

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)
Härstamning (avser häst) e: _____ u: _____				Reg.nr
Utbildningsnivå/tävlingsmeriter senaste året (avser häst)				Chipnr
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
Djuret veterinärbesiktigt <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Om Ja, ange datum	Var	Gällande till
				Anmärkning
Hälsodeklaration				
Har djuret varit sjuk, 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		