

**Generali T.U. S.A.**

ul. Senatorska 18, 00-082 Warszawa

**UBEZPIECZAJĄCY / UBEZPIECZONY**

Imię i nazwisko/Nazwa	PESEL/REGON	Adres
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Telefon	
	<input type="text"/>	
	E-mail	
	<input type="text"/>	

członek Polskiego Związku Hodowców Koni  posiadacz licencji Polskiego Związku Jeździeckiego

**INFORMACJE O KONIU**

Imię	Data urodzenia*	Numer paszportu	Chip	Wartość*
<input type="text"/>	<input type="text" value="DD/MM/RRRR"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Płeć*	Rasa	Wysokość w kłębie	Typ użytkowania*	Dyscyplina*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Koń w typie zimnokrwistym lub pogrubionym\*  Tak  Nie

**MIEJSCE PRZEBYWANIA KONIA**

Kod pocztowy, poczta, miejscowość, ulica, numer domu

**OCZEKIWANY ZAKRES UBEZPIECZENIA**

<input type="checkbox"/> Kradzież i rabunek	<input type="checkbox"/> Trwała utrata zdolności rozplodowej w wyniku:	<input type="checkbox"/> Odpowiedzialność cywilna posiadacza konia
<input type="checkbox"/> Śmierć/uśmiercenie z konieczności w wyniku:	<input type="checkbox"/> wypadków	<input type="checkbox"/> 100 000 zł
<input type="checkbox"/> wypadków	<input type="checkbox"/> chorób, operacji, ciąży i porodu	<input type="checkbox"/> 200 000 zł
<input type="checkbox"/> chorób, operacji, kastracji, ciąży i porodu		<input type="checkbox"/> 500 000 zł
<input type="checkbox"/> Trwała utrata zdolności użytkowej w wyniku:		<input type="checkbox"/> Zwrot kosztów poniesionych na operacje ratujące życie konia, w tym operacje kolki
<input type="checkbox"/> wypadków		
<input type="checkbox"/> chorób, operacji, kastracji, ciąży i porodu		

**OCENA RYZYKA**

Pytanie	Nie	Tak	Opis
Czy koń w ciągu ostatnich 12 miesięcy był leczony lub miał przeprowadzone zabiegi weterynaryjne (z wyłączeniem kastracji)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jeżeli TAK, proszę opisać
Czy koń w chwili przyjęcia do ubezpieczenia jest chory, wykazuje objawy chorobowe? Czy występują narowy lub nałogi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeżeli TAK, proszę opisać
Czy koń w ciągu ostatnich 12 miesięcy doznał bólu lub dyskomfortu w obrębie układu pokarmowego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeżeli TAK, proszę opisać
Czy u konia w ciągu ostatnich 12 miesięcy wystąpiła nierówność ruchu, bolesność kończyn (podczas ruchu lub spoczynku) lub sztywność kończyn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeżeli TAK, proszę opisać
Czy u konia istnieją lub istniały zmiany na organach rozrodczych, które wskazują na chorobę lub przebyte choroby?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeżeli TAK, proszę opisać

**Do czego posłużą powyższe dane?**

- po wypełnieniu pól oznaczonych gwiazdką będziemy mogli przedstawić wstępną kalkulację cenową
- podanie wszystkich wskazanych powyżej danych jest niezbędne do przygotowania oferty ubezpieczenia konia