



Generali T.U. S.A.

ul. Senatorska 18, 00-082 Warszawa

UBEZPIECZAJĄCY

| | | |
|-----------------------|----------------------|----------------------|
| 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"/> | |

INFORMACJE O KONIU

| | | | |
|----------------------|------------------------|---|----------------------|
| Imię* | Nr chipa (transponera) | Data urodzenia* | Nr paszportu |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text" value="DD/MM/RRRR"/> | <input type="text"/> |
| Płeć* | Rasa* | Wartość konia* | Dyscyplina* |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

OKRES, NA JAKI MA BYĆ ZAWARTE UBEZPIECZENIE

rok, krótkoterminowe

INTERESUJE MNIE UBEZPIECZENIE OD:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kradzieży i rabunku konia | <input type="checkbox"/> Trwałej utraty zdolności rozplodowej w wyniku: | <input type="checkbox"/> Odpowiedzialność cywilna posiadacza konia |
| <input type="checkbox"/> Śmierci/ uśpienia 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"/> Utraty płodu/śmierci źrebęcia | <input type="checkbox"/> 500 000 zł |
| <input type="checkbox"/> Trwałej utraty zdolności użytkowej w wyniku: | <input type="text" value="SU PŁODU"/> | <input type="checkbox"/> Zwrot kosztów poniesionych na operacje ratujące życie konia, w tym operacje kółki |
| <input type="checkbox"/> wypadków | | |
| <input type="checkbox"/> chorób, operacji, kastracji, ciąży i porodu | | |

OCENA RYZYKA

| Pytanie | Nie | Tak | Opis |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Czy ubezpieczony koń w ciągu ostatnich 12 miesięcy był leczony lub miał przeprowadzone zabiegi weterynaryjne? (z wyłączeniem kastracji) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | jeżeli NIE, proszę opisać |
| Czy ubezpieczony koń w chwili przyjęcia do ochrony ubezpieczeniowej jest zdrowy, nie wykazuje objawów chorobowych? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jeżeli TAK, proszę opisać |
| Czy koń w ciągu ostatnich 12 miesięcy doznał bólu i 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 |

Do czego posłużą poniższe dane?

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