

Begæring om Senior Sygeforsikring

first.

Nytorv 3, 1450 København K
Tlf.: +45 7070 2470
www.first.dk hest@first.dk

Senior Sygeforsikring (Dækker op til 20.000kr. pr. år. Selvrisko 1500 kr. pr. skade og 75 % erstatning)

Forsikringstager – er momsregistreret på denne hest ? Nej Ja CVR Nr. _____

| | | | |
|---|-------------------|--------|----------|
| Navn: | Cpr. Nr.: | Email: | |
| Adresse: | Postnr: | By: | Telefon: |
| Er du tidligere blevet opsagt af andet selskab? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | Hvis ja, hvorfor? | | |

Om Hesten

| | | | | | | |
|---|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|------------------------------|
| Navn: | Hingst <input type="checkbox"/> | Hoppe <input type="checkbox"/> | Vallak <input type="checkbox"/> | Født d. | | |
| Race: | Chip nr. /brændemærke.: | | | Stambogs nr.: | | |
| Hestens primære anvendelse: | Dressur <input type="checkbox"/> | Spring <input type="checkbox"/> | Distance <input type="checkbox"/> | Military <input type="checkbox"/> | Skovtur/hygge <input type="checkbox"/> | Avl <input type="checkbox"/> |
| Egen opdræt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Købsdato: | | | Købspris: | | |
| Sælgers navn: | Adresse: | | | | | |
| Hestens signalement: | | | | | | |

| | | |
|--|--|---|
| Nytegning <input type="checkbox"/> | Ejerskifte <input type="checkbox"/> tidl. Police nr. _____ | Ændring af nuv. Police <input type="checkbox"/> _____ |
| Har du hesten forsikret i andet selskab? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | Hvis ja, angiv selskab & police nr.: | |
| Nuværende forsikringssummer og dækninger: | | |
| Er der taget forbehold i forsikringen? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | Hvis ja, angiv hvilke forbehold: | |
| First A/S bemyndiges til at opsigte ovennævnte forsikring ? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | | |

Begæring om Senior Sygeforsikring

first.

Nytorv 3, 1450 København K
Tlf.: +45 7070 2470
www.first.dk hest@first.dk

Sundhedsoplysninger: Husk det er vigtigt at oplysningerne om hestens sundhed er korrekte og at der ikke udelades noget, da konsekvensen heraf kan være nedsættelse eller bortfald af evt. erstatning.

| | |
|--|--|
| Har hesten indenfor de seneste 2 år været tilset af dyrlæge udover vaccination og alm. tandraspning? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | Hvis ja, hvornår og for hvilken sygdom? Dato: _____ Sygdom: _____ |
| Dyrlægens navn: | Dyreklinik / Hospital: |

| | |
|--|---|
| Findes der røntgenbilleder og/eller ultralydsbilleder i hestens journal? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | Hvis ja, er der anmærkninger ved røntgen og/eller ultralydsbilleder? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, hvilke anmærkninger? |
| Har hesten normal præstationsevne på forsikringens indtegningsstidspunkt? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | Hvis nej, af hvilken årsag? |
| Har du fået udbetalt erstatning under tidligere forsikringer inkl. sygeforsikringer? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | Hvis nej, er årsagen: Ingen forsikring? <input type="checkbox"/> Afvisning af skadedækning? <input type="checkbox"/> Ingen skader? <input type="checkbox"/> |
| Hvis ja, hvilket selskab? | |

| | |
|--|----------------------------------|
| Har hesten en kronisk sygdom/lidelse? – fx men ikke begrænset til øjensygdom, allergiske lidelser incl. sommereksem, headshaking, sarcoider? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | Hvis ja, hvilken sygdom/lidelse? |
| Anses hesten for at være fuldstændig sund og rask? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | |

Kun for hopper

| | |
|---|------------------------|
| Har hoppen tidligere kastet/absorberet eller aborteret? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | Hvis ja, hvilken dato? |
|---|------------------------|

Øvrige bemærkninger:

| |
|--------------|
| |
|--------------|

Underskrift:

Undertegnede begærer hermed forsikring i First A/S i overensstemmelse med de til enhver tid gældende forsikringsbetingelser og tarifpræmier. De stillede spørgsmål er besvaret i overensstemmelse med de faktiske forhold, og jeg er indforstået med at forsikringen enten kan erklæres ugyldig, eller at erstatningen kan nedsættes eller bortfalde i henhold til Lov om Forsikringsaftaler, hvis mine svar ikke er fuldt sandfærdige eller fortløser har fundet sted. Jeg giver First A/S ret til at søge oplysninger hos dyrlæger, veterinære institutioner og forsikringsselskaber, som har eller måtte få kendskab til dyret helbredstilstand og til at gøre disse bekendt med de for selskabet foreliggende oplysninger i såvel tegningsøjemed, som i forbindelse med en evt. senere skade. (hvis denne formular udfyldes online, udfyldes underskriftfeltet med forsikringstagers navn. Dette er samtidig en bindende accept af ovennævnte forhold)

Dato: _____

Forsikringstagers underskrift: _____