



Generali T.U. S.A.

ul. Postępu 15B, 02-676 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 (transpondera)	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 kolki |
| <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