

Begæring om Avlerforsikring Embryo

first.

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

Fosterforsikring Embryo transfer inkl. Lovpligtig ansvarsforsikring

Sum kr. 50.000

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?		

Rugehoppen

Navn:	Født d.	
Race:	Chip nr.	Og / eller Stambogs nr.:

Embryo transfer / Donor hoppen

Donor hoppens navn:	Født d.	
Race:	Chip nr.	Og / eller Stambogs nr.
Bedækket med hingst navn:	Chip nr.	Og / eller Stambogs nr.
Insemineringsdato :	45 dages drægtighed d. / Seneste drægtighedsscanning	

Begæring om Avlerforsikring Embryo

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 hoppen 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 afvigelser i vulvas symmetri, form eller lukkefunktion? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Hvis ja, hvilke afvigelser?
Findes der afvigelser i yverets form, fylde, tekstur eller symmetri? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Hvis ja, hvilke afvigelser?
Har hoppen tidligere kastet/absorberet eller aborteret? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Hvis ja, hvilken dato?

Har hoppen 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 hoppen for at være fuldstændig sund og rask? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	

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 fortællinger 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 tegnings øjemed, 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: _____