

Aanvraagformulier Paardenverzekering Operatie / Castratie verzekering

Deze zijde is om in te vullen door de eigenaar

-1- Verzekeringnemer

Naam: Geslacht: Man Vrouw Geboortedatum:
Adres: Postcode/Woonplaats:
Telefoon privé: Mobiel: E-mail:

-2- Machtiging automatische incasso

Ondergetekende verleent hierbij machtiging aan Hippo Zorg BV om van zijn/haar hieronder genoemde (post)bankrekening het verschuldigde bedrag voor deze verzekering af te schrijven.

Rekeningnummer: Handtekening Verzekeringnemer:

U bent op de hoogte van de omvang van de dekking Ja Nee

-3- Gegevens van uw paard/pony

Voor welke waarde wilt u uw paard/pony verzekeren: € (Maximale waarde € 45.000,00)
Naam: Geslacht: Merrie Ruin Hengst Stokmaat:
Ras/type: Geboortedatum: (De leeftijd wordt bepaald volgens het gebit.)
Afstamming:
Stamboeknummer: Chipnummer: Kleur:
Aftekeningen:

-4- Slotvragen

- A- Hebt u of een van de medeverzekerden ooit eerder schade geleden door een te verzekeren gebeurtenis? Nee Ja
Zo ja, wat was de oorzaak, hoe groot was de schade en wanneer trad de schade op? (Ook beantwoorden als de schade niet verzekerd was.)
.....
- B- Is in de laatste 8 jaar enige verzekering aan u of een medeverzekerde geweigerd, opgezegd of onder bijzondere voorwaarden voortgezet? Zo ja, wanneer, door welke maatschappij(en), welke verzekering(en) en om welke reden? Nee Ja
.....
- C- Hebt u feiten te melden omtrent een strafrechtelijk verleden van u, uw echtgenoot of partner of een medeverzekerde die binnen de laatste 8 jaar zijn voorgevallen? Nee Ja
(Bij bevestigende beantwoording, kunt u deze informatie in een gesloten envelop geadresseerd aan de directie van Hippo Zorg BV bijvoegen.)
- D- Hebt u verder nog iets mede te delen over het te verzekeren risico of over u persoonlijk en/of medeverzekerden dat voor het beoordelen van deze aanvraag van belang kan zijn? Nee Ja
Toelichting:

Mededelingsplicht

Op de via Equine Risk door Hippo Zorg BV gesloten overeenkomst van de schadeverzekering, is het Nederlands recht van toepassing. U bent wettelijk verplicht om de door ons vóór het afsluiten van de overeenkomst gestelde vragen volledig en naar waarheid te beantwoorden. Als achteraf blijkt dat u niet of niet volledig aan uw mededelingsplicht heeft voldaan, kan dit ertoe leiden dat het recht op een uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. Heeft u gehandeld met de opzet ons te misleiden of zouden wij de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet hebben gesloten, dan kunnen wij de verzekering opzeggen. (Art. 7.928 t/m 930 BW).

Persoonsgegevens

Bij de aanvraag van deze verzekering worden persoonsgegevens en eventuele andere gegevens gevraagd. Deze worden door Equine Risk en Hippo Zorg BV verwerkt ten behoeve van het aangaan en/of uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst en/of de eventueel hierop betrekking hebbende financiële afwikkeling(en) en het beheren van daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van het voorkomen en bestrijden van fraude. Zo kan Hippo Zorg BV uw gegevens raadplegen bij de Stichting CIS te Zeist. Zie www.stichtingcis.nl. Een privacyreglement is van toepassing op de persoonsgegevens die onze vennootschap in een persoonsregistratie opneemt.

Ondertekening

De ondergetekende verklaart dat de gegeven antwoorden volledig en juist zijn. Hij verklaart voorts de (overeenkomstig deze aanvraag op te maken) polis in ontvangst te zullen nemen en de daarvoor verschuldigde premie en kosten te betalen. De algemene voorwaarden van de door u gewenste verzekering(en) liggen ter inzage bij Equine Risk en Hippo Zorg. U ontvangt deze samen met de polis. Op uw verzoek kunnen de voorwaarden u bovendien nu reeds worden toegezonden.

Datum ondertekening: Handtekening verzekeringnemer:

Over de totstandkoming en uitvoering van deze schadeverzekeringsovereenkomst kunt u een klacht indienen bij de volgende instanties:

- De directie van W.A. Hienfeld B.V., Postbus 75133, 1070 AC Amsterdam
- Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KlFID), Postbus 93257, 2509 AN Den Haag

Anesthesiologische anamnese

Eerdere sedatie Ja nee onbekend Verloop

Eerdere anesthesie Ja nee onbekend Verloop

Ziektegeschiedenis laatste 6 maanden

Actuele medicatie

Overgevoeligheid farmaca

Chronische ziekte

Pre-anesthetisch onderzoek

Voedingstoestand goed afwijkend Opmerkingen

Bouw en stand normaal afwijkend Opmerkingen

Huid en haar goed afwijkend Opmerkingen

Slijmvliezen goed afwijkend Opmerkingen

Lymfeklieren goed afwijkend Opmerkingen

Ogen goed afwijkend Opmerkingen

Locomotie regelmatig kreupel Aard en locatie ataxie

Bijzonderheden geen afwijkend Opmerkingen

Polsfrequentie hoedanigheid

Hartauscultatie normaal afwijkend Opmerkingen

Ademfreq./type hoedanigheid

Longauscultatie normaal afwijkend Opmerkingen

Venae jug. li & re normaal afwijkend Opmerkingen

Temperatuur °C

Aanvullend onderzoek Nee Ja (Indien ja, graag betreffende rapport meezenden)

Bloedonderzoek ECG/Echocardiografie Neurologisch Internistisch Orthopedisch

ASA classificatie 1 / 2 / 3 / 4 / 5

Operatie

Indicatie operatie

Datum operatie

Verwachte duur operatie

Chirurg

Anesthesist

Gegevens kliniek

Naam

Adres

Postcode

Woonplaats

Kliniek is op de hoogte van de voorwaarden van de Operatie / Castratie verzekering Hippo Zorg BV Ja Nee

Handtekening dierenarts Datum

Fax dit formulier direct na invulling naar 013 – 46 80 199

Akkoord Hippo Zorg BV Datum