



## WNIOSEK O UBEZPIECZENIE KONIA

OCHRONA UBEZPIECZENIOWA OBEJMUJE RYZYKA WYSZCZEGÓLNIONE W POLISIE UBEZPIECZENIA I PODLEGA RÓŻNYM WARUNKOM, OGRANICZENIOM I WYŁĄCZENIOM. WZÓR POLISY ZOSTANIE DOSTARCZONY NA ŻĄDANIE.

PRZED UDZIELENIEM ODPOWIEDZI NA JAKIEKOLWIEK PYTANIE PROSIMY O UWAŻNE PRZECZYTANIE OŚWIADCZENIA ZNAJDUJĄCEGO SIĘ NA KOŃCU WNIOSKU, KTÓRE NALEŻY PODPISAC. PROSIMY O UDZIELENIE ODPOWIEDZI NA WSZYSTKIE PYTANIA W SPOSÓB PEŁNY, SZCZERY I ZGODNY Z POSIADANĄ WIEDZĄ. JEŻELI NIE ROZUMIEJĄ PAŃSTWO ZNACZENIA KTÓREGOKOLWIEK Z PYTAŃ, LUB NIE ZNAJĄ PAŃSTWO ODPOWIEDZI, PROSIMY O POINFORMOWANIE NAS O TYM. JEŻELI NIE MA WYSTARCZAJĄCO DUŻO MIEJSCA, ABY ODPOWIEDZIEĆ NA KTÓREKOLWIEK Z PYTAŃ, PROSIMY KONTYNUOWAĆ NA OSOBNEJ KARTCE.

<b>Właściciel konia</b>	Pani/ Pan		
<b>Adres, włącznie z kodem pocztowym</b>	<b>Telefon</b>	<b>Adres Email</b>	
	<b>Zawód PESEL</b>		
<b>Lekarz weterynarii</b>	<b>Telefon</b>		
<b>Adres lekarza weterynarii włącznie z kodem pocztowym</b>	<b>Odległość dojazdu lekarza do miejsca stałego pobytu konia</b>		
1	<b>Prosimy o podanie szczegółowych danych o koniach zgłaszanych do ubezpieczenia na ostatniej stronie Wniosku.</b>		
2	Stały adres stajni, w której koń/konie przebywają ?		
3	Czy konie zabierane są do stajni na noc?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
4	Czy konie wypuszczane są na ogrodzony?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
5	Prosimy podać pełne szczegóły dotyczące kradzieży, próby kradzieży lub groźby kradzieży któregokolwiek z Pani/Pana koni w okresie ostatnich 36 miesięcy. Prosimy użyć dodatkowego arkusza, jeśli to konieczne.		
6	Czy koń jest dzierżawiony lub ustanowiono na nim zastaw? Jeśli tak, prosimy podać szczegóły poniżej.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
7	Czy koń/konie są zdrowe i w dobrym stanie?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
8	Prosimy podać wszystkie szczegóły dotyczące wad, dolegliwości, chorób lub schorzeń konia/koni w ciągu ostatnich 12 miesięcy. W razie potrzeby proszę użyć dodatkowego arkusza..		
9	Czy koń, lub któryś z koni był kiedykolwiek palony, blistrowany lub poddany jakiegokolwiek operacji lub zabiegowi innemu niż kastracja? Jeśli tak, proszę podać szczegóły poniżej	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie



10	Czy na terenie stajni, w której przebywa koń występuje obecnie jakaś choroba zakaźna lub zaraźliwa?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
11	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy w stajni występowała jakakolwiek choroba zakaźna lub zaraźliwa?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
12	Czy według Pana/Pani wiedzy w okolicy występuje obecnie jakaś choroba zakaźna lub zaraźliwa? Jeśli odpowiedział/a Pan/Pani Tak na to pytanie lub na pytania 10 i 11, proszę podać poniżej szczegóły.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
13	Jak długo koń/konie są w Pani/Pana posiadaniu lub pod opieką?		
14	Czy konie są obecnie ubezpieczone, lub czy były wcześniej ubezpieczone przez Pana/Panią lub Pana/Pani agenta? Jeśli tak, proszę podać poniżej szczegóły, w tym nazwę(-y) ubezpieczyciela(-li)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
15	Czy jakiś ubezpieczyciel kiedykolwiek odmówił ubezpieczenia lub odnowienia ubezpieczenia konia? Jeśli tak, proszę podać szczegóły poniżej...	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
16	Czy ma Pani/Pan inne konie, które nie są proponowane do tego ubezpieczenia? Jeśli tak, proszę podać szczegóły poniżej i podać powód (np. "już ubezpieczone")	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
17	Proszę podać poniżej, ile koni Pan/Pani utracił/a w ciągu ostatnich dwóch lat (jeśli w ogóle), niezależnie od sposobu użytkowania, wieku, typu czy rasy. Proszę podać przyczynę i datę straty w każdym przypadku.		
18	Czy kiedykolwiek wypłacono Panu/Pani odszkodowanie z tytułu jakiejkolwiek polisy ubezpieczeniowej dotyczącej koni? Jeśli tak, proszę podać poniżej, ilość szkód, otrzymaną kwotę (kwoty), datę (daty) szkody oraz nazwę (nazwy) ubezpieczyciela (ubezpieczycieli).	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
19	Czy Pan/Pani, jako proponowany Ubezpieczony był(a) kiedykolwiek skazany(a) za jakiekolwiek przestępstwo związane z nieuczciwością, oszustwem, przemocą, szkodami kryminalnymi, podpaleniem lub narkotykami, lub czy toczy się przeciwko niemu(niej) jakiekolwiek postępowanie sądowe? Jeżeli tak, proszę podać poniżej pełne informacje.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
20	Czy według Pana/Pani wiedzy lub opinii istnieją inne okoliczności, które nie zostały wcześniej ujawnione, a które mają lub mogą mieć wpływ na proponowane ubezpieczenie? Jeżeli tak, proszę podać szczegóły poniżej.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
21	Czy koń lub konie proponowane do ubezpieczenia ma być sprzedany lub oddany w dzierżawę pod zastaw hipoteczny, komis, zastaw lub najem? Jeżeli tak, proszę podać szczegóły poniżej.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie



PYTANIA SPECJALNE : dot. OGIERÓW ROZPŁODOWYCH				
22	Dla każdego z ogierów rozplodowych prosimy podać:			
a)	Ilość udziałów w ogierze		b)	Ile własnych klaczy krył w ostatnim sezonie
c)	Suma udziałów ubezpieczonych		d)	Ile obcych klaczy krył w ostatnim sezonie
e)	Aktualna cena stanówki		f)	Czy opłata za stanówkę jest na zasadzie „nie ma żrebaka, nie ma opłaty”?
g)	Cena stanówki w ostatnich 3 sezonach	1)	2)	3)
h)	Ilość stanówek sprzedanych w ostatnich 3 sezonach	1)	2)	3)
i)	Ilość stanówek zamówionych w nadchodzącym sezonie			
j)	Daty początku i końca sezonu stanówki	Początek		Koniec

#### PYTANIA SPECJALNE : dot. KLACZY ŻREBNYCH

23	Dla każdej klaczy żrebnej prosimy podać			
a)	Datę spodziewanego wyżrebienia			
b)	Koszt pokrycia			
c)	Rok, w którym klacz urodziła ostatniego żrebaka			
d)	Czy któraś z klaczy poroniła lub miała inne problemy? Jeśli tak, proszę podać szczegóły poniżej.		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
24	Czy ma Pan/Pani inne ciężarne klacze podobnej kategorii? Jeśli tak, proszę podać liczbę i szczegóły.		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

#### WYNIKI WYŚCIGOWE/POKAZOWE/SPORTOWE

25	Proszę podać poniżej pełną dokumentację z ostatnich 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających niniejszy wniosek			
KOŃ	ILOŚĆ STARTÓW	ZAJĘTE MIEJCA	SUMA NAGRÓD	

#### DEKLARACJA

Proszę upewnić się, że dołożył Pan/Pani wszelkich starań, aby odpowiedzieć na wszystkie pytania w pełni, szczerze i zgodnie z Pana/Pani najlepszą wiedzą. Jest to informacja podana dobrowolnie, ale musi być podana uczciwie i rzetelnie.

Oświadczam, że wyżej wymienione konie są moją własnością, a odpowiedzi w tym formularzu, niezależnie od tego, czy są pod moją opieką, czy nie, są poprawne i kompletne pod każdym względem, zgodnie z moją najlepszą wiedzą i



David Ashby  
Europe

oneglobal<sup>®</sup>

przekonaniem. Rozumiem, że jeżeli polisa zostanie wystawiona, warunki i składka będą oparte na informacjach, które podałem w niniejszym Wniosku.

Rozumiem, że niepodanie pełnych i dokładnych informacji może unieważnić moją ochronę ubezpieczeniową i może spowodować, że całość lub część roszczenia nie zostanie wypłacona.

Podpis		Nazwisko drukowanymi literami	
Właściciel/ Trener / Agent / inny*		Telefon	
Data		Adres Email	

\* Jeśli wybrałeś "inny" prosimy określić konkretnie w jakim charakterze podpisałeś Wniosek

Proszę zaznaczyć to pole, jeśli chcesz, aby dokumenty polisy zostały wysłane do Ciebie pocztą. Jeśli to pole nie jest zaznaczone, dokumenty polisy zostaną wysłane pocztą elektroniczną na adres e-mail podany na stronie 1 niniejszego dokumentu.

Po wypełnieniu i podpisaniu niniejszego Wniosku, prosimy o przesłanie jej drogą elektroniczną na adres [mg@mgzgama.pl](mailto:mg@mgzgama.pl) lub pocztą na adres: MGZ Gama Sp. z o.o., Ul. Reja 8, 05-820 Piastów, Polska

Możemy, według naszego uznania, zażądać innej dokumentacji uzupełniającej w celu oceny ryzyka, w tym, ale nie ograniczając się do, protokoły badania kupno-sprzedaż, zdjęć rentgenowskich, skanów u-sound i innej historycznej dokumentacji weterynaryjnej dotyczącej konia proponowanego do ubezpieczenia.

Jeśli chcesz porozmawiać z kimś o niniejszym Wniosku i Deklaracji Zdrowia lub o innych aspektach Twojego ubezpieczenia, prosimy o kontakt z MGZ Gama pod numerem telefonu (+49) 22 723 32 97 lub (+49) 22 723 07 77.

#### INFORMACJA O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH

Państwa dane zostały lub zostaną zebrane lub przechowywane przez David Ashby Europe i MGZ Gama Poland. Będziemy zarządzać danymi osobowymi zgodnie z prawem o ochronie danych osobowych i zasadami ochrony danych. Potrzebujemy danych osobowych w celu świadczenia wysokiej jakości usług ubezpieczeniowych i dodatkowych oraz gromadzimy dane osobowe wymagane w tym celu. Mogą to być dane osobowe, takie jak nazwisko, adres, dane kontaktowe, dane identyfikacyjne, informacje finansowe i dane dotyczące ryzyka.





David Ashby  
Europe

oneglobal<sup>®</sup>