

Agent:

- | | | |
|--|--------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Aanvraag nieuwe verzekering | Ingangsdatum | _____ |
| <input type="checkbox"/> Wijziging bestaande verzekering | Polisnummer | _____ |

GEGEVENS VERZEKERINGNEMER

Achternaam	:	_____	Voorletters	:	_____	m/v
Adres	:	_____	Telefoon privé	:	_____	
Postcode	:	_____	Telefoon mobiel	:	_____	
Woonplaats	:	_____	Iban nummer	:	_____	
Geb. datum	:	_____	E-mailadres	:	_____	

GEGEVENS VERZEKERD PAARD

Naam paard	:	_____			
Chipnummer	:	_____	Ras/stamboek	:	_____
Levensnummer	:	_____	Afstamming	:	_____
Kleur	:	_____	Geboortedatum	:	_____
Geslacht	:	<input type="checkbox"/> hengst <input type="checkbox"/> merrie <input type="checkbox"/> ruin	Stokmaat	:	_____
Staladres	:	_____			
Aftekeningen	:	_____			

VERZEKERINGSVOORWAARDEN

Verzekerde waarde: € _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Equipe 2 Paardenverzekering
<i>Overlijden t.g.v. ziekte/ongeval</i> | <input type="checkbox"/> Aanvullende Equipe 2 Ziektekostenverzekering |
| <input type="checkbox"/> Equipe 3 Paardenverzekering
<i>Overlijden t.g.v. ziekte/ongeval + totale blijvende ongeschiktheid t.g.v. een ziekte/ongeval</i> | <input type="checkbox"/> Aanvullende Equipe 3 Ziektekostenverzekering |
| <input type="checkbox"/> Equipe 4 Paardenverzekering
<i>Overlijden t.g.v. ziekte/ongeval + totale blijvende ongeschiktheid t.g.v. een ziekte/ongeval/aandoening bewegingsapparaat</i> | <input type="checkbox"/> Aanvullende Equipe 4 Ziektekostenverzekering |
| <input type="checkbox"/> Equipe Zorgverzekering Paard | <input type="checkbox"/> Aanvullende Equipe 4+ Ziektekostenverzekering |
| <input type="checkbox"/> Equipe Transportverzekering | <input type="checkbox"/> Equipe Embryoverzekering |
| <input type="checkbox"/> Equipe Crematieverzekering | <input type="checkbox"/> Equipe Operatieverzekering |
| <input type="checkbox"/> Equipe Foetus-veulenverzekering | <input type="checkbox"/> Trailerverzekering* |
| <input type="checkbox"/> Equipe Castratieverzekering | <input type="checkbox"/> Zadelverzekering* |

* Indien u kiest voor een Zadel- en/of Trailerverzekering ontvangt u van ons een aanvullend aanvraagformulier.

GEBRUIKSDOEL VAN HET PAARD

- | | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dressuur | <input type="checkbox"/> Springsport | <input type="checkbox"/> Recreatie | <input type="checkbox"/> Mensport | <input type="checkbox"/> Eventing | <input type="checkbox"/> Westernsport |
| <input type="checkbox"/> Ren-drafport | <input type="checkbox"/> Fokkerij | <input type="checkbox"/> Endurance | <input type="checkbox"/> Anders, nl. _____ | | |

DIERENARTS

Naam en volledig adres dierenarts: _____

Hoeveel km woonachtig van de stal: _____

PREMIEBETALING per jaar per half jaar per kwartaal per maand

Bij betaling per kwartaal of per maand wordt er een toeslag van 6% over de jaarpremie in rekening gebracht. Indien u kiest voor premiebetaling per kwartaal of per maand is automatische incasso verplicht. De machtiging voor de automatische afschrijving van uw bankrekening wordt u, conform de SEPA wet- en regelgeving, ter ondertekening, per post toegestuurd.

-
1. Hoe lang is het paard in uw bezit? _____
 2. Van wie heeft u het paard gekocht? _____
 3. Wat was het aankoopbedrag van het paard? _____
 4. Is het paard in het verleden elders verzekerd geweest? Zo ja, bij welke verzekeraar? ja / nee*

 5. Bent u de enige eigenaar van het paard? ja / nee*
Indien nee, wie is de andere eigenaar en wat is zijn/haar aandeel in het eigendom van het paard?

 6. Hoeveel paarden heeft u in bezit? _____
 7. Bent u lid van de KNHS, FNRS, Vereniging Eigen Paard of een andere belangenvereniging? ja / nee*
Zo ja, welke?

 8. Is uw paard wel eens veterinair gekeurd?
- Klinisch ja / nee* dierenarts: _____ datum: _____
- Röntgenologisch ja / nee* dierenarts: _____ datum: _____
Gelieve kopie keuringsrapport(en) mee te sturen
 9. Is er ooit een verhoogd risico bij het paard geconstateerd? Zo ja, gelieve uitleg te geven. ja / nee*

 10. Wordt het paard volgens voorschrift ontwormd en gevaccineerd? ja / nee*

 11. Heeft het paard ooit koliek gehad of enige andere vorm van darmstoornis? ja / nee*
Zo ja, wat en wanneer? Werd het paard daaraan geopereerd?

 12. Is het paard ooit onder behandeling geweest van een dierenarts, fysiotherapeut of andere behandelaar? ja / nee*
Zo ja, waarvoor, wanneer en wat is het verloop van de aandoening geweest?

 13. Heeft het paard ooit last gehad van melanomen, sarcoïden of enige vorm van gezwellen? ja / nee*
Zo ja, gelieve uitleg te geven

 14. Heeft het paard, voor zover bij u bekend, ooit een andere ziekte, aandoening of ongeval gehad dan hierboven vermeld? Zo ja, gelieve uitleg te geven. ja / nee*

 15. Heeft het paard ooit een afwijking, (stal)gebrek, verzet, steegsheid of staakgedrag vertoond? ja / nee*
Zo ja, gelieve uitleg te geven.

 16. Heeft er in de afgelopen 12 maanden een besmettelijke ziekte, infectie of ander virus op het staladres geheerst? Zo ja, gelieve uitleg te geven. ja / nee*

 17. Bent u ervan op de hoogte dat schade of het vermoeden van schade aan uw paard z.s.m. en binnen 24 uur dient te worden gemeld bij Equipe (ook als de schade wellicht niet gedekt is)? ja / nee*

ALLEEN VAN TOEPASSING OP FOETUS-VEULENVERZEKERING

Wat is de laatste dekdatum? _____ Hoeveel bedraagt het dekgeld? _____

Naam hengst: _____ Stamboek: _____

Is de merrie wel eens drachtig geweest? ja / nee*

Zo ja, heeft de merrie wel eens een vroeggeboorte, een dood veulen of een mislukte dracht gehad? ja / nee*
Zo ja, gelieve uitleg te geven.

Zo ja, hebben zich bij de merrie reeds eerder abnormale omstandigheden voorgedaan, tijdens of na de geboorte, zoals een abnormale verlossing, uitwerpen van de baarmoeder, enz.? ja / nee*
Zo ja, gelieve uitleg te geven.

Hoeveel dragende merries heeft u in uw bezit? _____

Gelieve de volgende documenten mee te sturen:

- een kopie van het dekbewijs
- de faktuur van het dekgeld
- een recente gezondheids- drachtigheidsverklaring door de dierenarts (na minimaal 90 dagen dracht)

ALLEEN VAN TOEPASSING OP CASTRATIE- EN OPERATIEVERZEKERING**

Datum castratie/operatie: _____ Onder volledige anesthesie? ja / nee*

Onderstaande vragen in te vullen door de dierenarts

Is het paard eerder onder algehele anesthesie geweest? ja / nee / onbekend*

Zo ja, omschrijving verloop: _____

Pre-anesthetisch onderzoek:

polsfrequentie _____ hartauscultatie _____

ademfrequentie/type _____ longauscultatie _____

venae jugularis li/re _____ temperatuur _____

Indicatie castratie/operatie _____

Evt. aanvullende relevante informatie _____

Dierenarts/chirurg _____ Kliniek _____

**** Machtiging automatische incasso**

Ondergetekende verleent met ondertekening van dit aanvraagformulier machtiging aan Equipe Paardenverzekeringen om van zijn/haar bank/gironummer de verschuldigde premie voor deze castratie- of operatieverzekering eenmalig af te schrijven

ALLEEN VAN TOEPASSING OP TRANSPORTVERZEKERING

Datum vertrek: _____ Datum aankomst staladres: _____

Staladres vertrek: _____ Staladres aankomst: _____

Transport per: vrachtwagen vliegtuig schip

Details transport (nummerplaat, vluchtnr. etc.): _____

Eventuele aanvullende relevante informatie: _____

In geval van schade dient een gezondheidsverklaring te worden overlegd, opgemaakt door een bevoegd dierenarts ten hoogste één week voor aanvang van het transport.

**** Machtiging automatische incasso**

Ondergetekende verleent met ondertekening van dit aanvraagformulier machtiging aan Equipe Paardenverzekeringen om van zijn/haar bank/gironummer de verschuldigde premie voor deze transportverzekering eenmalig af te schrijven

OVERIGE OMSTANDIGHEDEN

Bent u of is één van de andere belanghebbenden ten aanzien van een verzekering als thans aangevraagd ooit geconfronteerd met een weigering, een opzegging of acceptatie onder beperkende voorwaarden? ja / nee*
Zo ja, gelieve uitleg te geven.

Heeft u of een van de andere belanghebbenden ooit schade gehad aan een paard, ongeacht of het paard verzekerd was? Zo ja, gelieve uitleg te geven. ja / nee*

Bent u of is één van de andere belanghebbenden in de laatste acht jaar met justitie in aanraking geweest? ja / nee*
Zo ja, graag toelichten.

Desgewenst kunt u deze informatieve vertrouwelijk aan de directie sturen.

SLOTVERKLARING

Door ondertekening verklaart de aanvrager dat de gegeven antwoorden juist en volledig zijn. Ondergetekende verklaart tevens een verzekering zoals hierboven aangegeven te willen aangaan met Equipe Paardenverzekeringen en akkoord te gaan met de toepassing van de geldende voorwaarden op de aangevraagde verzekering.

WETTELIJKE MEDEDELINGSPLICHT

U bent verplicht de gestelde vragen in dit aanvraagformulier zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor feiten en omstandigheden die betrekking hebben op een derde wiens belangen worden meeverzekerd. Bij de beantwoording is bovendien niet alleen uw eigen wetenschap bepalend, maar ook die van de andere belanghebbenden van deze verzekering. Vragen waarvan u het antwoord al bij de maatschappij bekend veronderstelt, moet u toch zo volledig mogelijk beantwoorden. Indien u niet of niet volledig aan uw mededelingsplicht heeft voldaan, kan dat ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt, of dat de verzekering wordt opgezegd.

PERSOONSGEGEVENS

Bij de aanvraag van een verzekering worden persoonsgegevens gevraagd. Deze worden door Equipe Paardenverzekeringen alleen verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten, ter voorkoming en bestrijding van fraude jegens financiële instellingen, voor statistische analyse en om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen.

KLACHTENINSTANTIES

Klachten over de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst dienen eerst aan Equipe Paardenverzekeringen worden voorgelegd. Wanneer het oordeel van de maatschappij voor u niet bevredigend is, kunt u zich tot het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening wenden, dit instituut probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Indien u de behandeling van het Klachteninstituut niet bevredigend vindt, verwijzen wij u naar de klachtenprocedure in de polisvoorwaarden.

NEDERLANDS RECHT

Op deze verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ/ RISICODRAGER

Deze verzekering wordt afgesloten bij een risicodrager die op uw polisblad staat vermeld.

ONDERTEKENING

Naam : Dhr./Mevr. *

Plaats : Datum :

Handtekening :

* Doorhalen wat niet van toepassing is.