



Ansökan Hund & Kattförsäkring

Fullständiga villkor och förköpsinformation. www.pro.se

Efternamn		Förnamn		Personnummer	
E-mail					
Utdelningsadress		Postnr		Postadress	
<input type="checkbox"/> Hund (från 16 mån)	<input type="checkbox"/> Junior hund (yngre än 4 mån)	<input type="checkbox"/> Unghund (över 4 mån upp till 16 mån)	<input type="checkbox"/> Hund Olycksfall	<input type="checkbox"/> Katt	<input type="checkbox"/> Junior katt (yngre än 5 mån)
Hundens/Kattens namn			<input type="checkbox"/> Hane <input type="checkbox"/> Tik/hona <input type="checkbox"/> Kastrerad		Födelsedatum
Ras (vid korsning ange raser)		Reg.nr eller Chipnr		Besiktigad (datum)	
Inköpt från		Inköpsdatum	Inköpspris	Livvärde <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Önskat livvärde _____	
Önskad fast självrisk HUND <input type="checkbox"/> 1 600 kr <input type="checkbox"/> 2 500 kr	Hund Olycksfall har fast självrisk på 1 600 kr.	Önskad rörlig självrisk HUND <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 25%	(Hund Olycksfall har 25% rörlig självrisk)	Tillval HUND <input type="checkbox"/> Medicin <input type="checkbox"/> Rehab (Ingår i Junior och Unghund)	
Önskad fast självrisk KATT <input type="checkbox"/> 1 600 kr <input type="checkbox"/> 2 200 kr	Önskad rörlig självrisk KATT <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 25%	Önskad maxersättning 40 000 kr i veterinärvård <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hund Olycksfall har 20 000 kr i fast ersättning för veterinärvård	Tillval KATT <input type="checkbox"/> Medicin <input type="checkbox"/> Rehab (Ingår i Junior)	
Hälsodeklaration					
Har hunden/katten någon gång behandlats av veterinär?			<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej		
Behandlas din hund/katt med något läkemedel?			<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej		
Har din hund/katt haft problem som inte behandlats av veterinär?			<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej		
Är hunden/katten idag helt frisk utan tecken på sjukdom eller skada? ...			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej*		
* Beskriv problemen, behandling, läkemedel samt ev. behandlande veterinär och tidpunkt.					
Tidigare försäkring					
Bolag Förs.nr Värde Förfallodatum					
Har veterinärvärdsersättning erhållits tidigare? <input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej					
Autogiro <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Intygas att lämnade uppgifter är fullständiga och korrekta			
<input type="checkbox"/> Månadsvis <input type="checkbox"/> Kvartalsvis <input type="checkbox"/> Halvårsvis		Datum		Ägarens underskrift	
Tel. dagtid					
Gdk beg. dag		Hf		Ombud	Kod