



Aanvraagformulier operatie/castratieverzekering

AVO-010116

Gegevens eigenaar (De eigenaar dient onderstaande verplicht in vullen anders is het niet mogelijk de verzekering af te sluiten.)

Naam M/V Relatienummer

Adres Postcode / woonplaats

Land E-mail

Telefoon privé Telefoon mobiel

IBAN Bankidentificatie (BIC)*

* niet verplicht bij Nederlandse IBAN.

Enmalige SEPA machtiging

Naam : Xcellent Horse Insurance B.V.

Adres : Postbus 2300 Postcode : 5202 CH

Woonplaats : 's Hertogenbosch Land : Nederland

Incassant-ID : NL73ZZ160660080000

Kenmerk machtiging : Wordt na ontvangst door Xcellent Horse Insurance B.V. afgegeven.

Reden machtiging : betalingen voor verzekeringen / diensten.

Door ondertekening van bovenstaande geeft u toestemming aan:

- Xcellent Horse Insurance B.V. om een eenmalige incasso-opdracht te sturen naar uw bank om het bedrag van uw rekening af te schrijven en
- uw bank om eenmalig een bedrag van uw rekening af te schrijven overeenkomstig de opdracht van Xcellent Horse Insurance B.V..

Als u het niet eens bent met deze afschrijving kunt u deze laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank.

Vraag uw bank naar de voorwaarden.

Plaats Datum Handtekening

Gegevens te verzekeren paard / pony

Naam paard Geboortedatum Stokmaat

Geslacht Hengst Ruin Merrie

Ras / afstamming Kleur

Stamboeknummer Chipnummer

Verzekerde waarde €

Klant is op de hoogte van de omvang van de dekking? Ja Nee

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 en bijzondere voorwaarden van de door u gewenste verzekering(en) kunt u vinden op www.Xcellenthorse.com. U ontvangt deze samen met de polis. Op uw verzoek kunnen de voorwaarden u bovendien nu reeds worden toegezonden. Tevens verklaart u op de hoogte te zijn van de inhoud van de aangevraagde dekking/verzekering.

Handtekening verzekeringnemer

Datum Plaats

Hippo Paardenverzekering B.V.
Postbus 299
8440 AG Heerenveen
T: (0513) 63 61 26
I: www.hippopaardenverzekering.nl
E: info@hippopaardenverzekering.nl

Over de totstandkoming en uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst 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 (KiFiD), Postbus 93257, 2509 AN Den Haag

Belangrijk: voorbehoud!

De (voorlopige) dekking is onder voorbehoud van de resultaten van de controle van de gegevens bij de Stichting CIS te Den Haag en de Compliancy Check van ABZ. In verband met een verantwoord acceptatiebeleid en naleving van de sanctiewetgeving worden uw gegevens geraadpleegd. Daarnaast is de (voorlopige) dekking onder het voorbehoud dat er geen achterstand in premiebetaling bestaat.

Na invulling van beide zijden van dit formulier, graag opsturen naar onderstaand adres.



Hippo Paardenverzekering

Onderstaande in te vullen door de dierenarts

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 goed afwijkend, opmerkingen

Polsfrequentie hoedanigheid

Hartauscultatie normaal afwijkend, opmerkingen

Ademfrequentie/type hoedanigheid

Longauscultatie normaal afwijkend, opmerkingen

Venae jugularis li, re normaal afwijkend, opmerkingen

Temperatuur:C

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

Bloedonderzoek ECG/echocardiografie Neurologisch Internistisch Orthopedisch

ASA classificatie 1 / 2 / 3 / 4 / 5

Gegevens kliniek

Naam M/V

Adres

Postcode / woonplaats

Telefoon

Telefoon mobiel

E-mail

Chirurg

Anesthesist

Indicatie operatie

Anesthesie methode Staand onder sedatie en lokaal analgesie

Bewaking

ECG

Totaal intraveneus

Capnografie

Inhalatie

Bloeddruk invasief

Datum operatie

Verwachte duur operatie

Kliniek is op de hoogte van de voorwaarden operatieverzekering Xcellent Horse Insurance B.V.?

Nee

Ja

Handtekening dierenarts

Akkoord Xcellent Horse Insurance B.V.

Datum

Datum