



VŠEOBECNÁ POJIŠŤOVNA, a.s.

**Pojistitel: HALALI, všeobecná pojišťovna, a. s.,**

115 25 Praha 1, Jungmannova 32/25, tel.: 224 948 473, 800 130 649

fax: 224 948 475, info@halali-pojistovna.cz, www.halali-pojistovna.cz

IČ: 60192402, korespondenční adresa: 141 00 Praha 4, Lešanská 1176

## DOTAZNÍK O PSU NAVRHOVANÉM DO POJIŠTĚNÍ

Jméno a příjmení majitele psa: \_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_

Ulice, č.p.: \_\_\_\_\_

Město: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Pes  Fena

Jméno psa: \_\_\_\_\_

Plemeno: \_\_\_\_\_

Druh srsti: \_\_\_\_\_ Barva srsti: \_\_\_\_\_

Tetovací číslo / číslo čipu: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Číslo zápisu v plemenné knize (u psů s PP): \_\_\_\_\_

Pes navrhovaný do pojištění **jeví**  **nejeví**  známky onemocnění, horšího výkonu nebo jiné změny, popř. zlovyky:

Návrh pojistné částky: \_\_\_\_\_ Kč

### Doplňková pojištění pro psy s průkazem původu:

Úhyn, utracení psa ANO  NE  Odpovědnost z běžného života ANO  NE

### VETERINÁRNÍ OSVĚDČENÍ (nesmí být starší dvaceti dnů)

Potvrzuji, že jsem dnešního dne vyšetřil výše jmenovaného psa a klinických příznaků onemocnění jsem **neshledal**  **shledal**

Pes má tyto klinické příznaky onemocnění (jaké – diagnóza):

U psů bez průkazu původu odborným posouzením **potvrzuji**  výše uvedené datum narození psa, resp. **odhaduji**  datum narození psa:

Den: 1. měsíc: \_\_\_\_\_ Rok: \_\_\_\_\_

### OČKOVÁNÍ (povinné proti vzteklině, psince, hepatitidě, leptospiróze a parvoviróze)

Typ: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Razítko a podpis veterinárního lékaře: \_\_\_\_\_

Nedílnou součástí dotazníku je doklad o provedeném tetování nebo čipování, resp. kopie průkazu původu psa.

Prohlašuji, že uvedené údaje v tomto dotazníku jsou pravdivé a úplné.

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis majitele: \_\_\_\_\_