

Ansökan Valpkullsförsäkring/Dolda fel-försäkring

Har du en försäkring hos oss idag?

Ange ditt försäkringsnummer: _____

Dina försäkringsuppgifter:

Namn: _____

Adress: _____ Postadress: _____

Telefon: _____ E-post: _____

Jag vill teckna Valpkullsförsäkring

Ja

Nej

Jag vill teckna Dolda fel-försäkring

Ja

Nej

Valparnas ras: _____

Födelsedatum: _____ Försäljningspris per valp: _____

Kennelnamn: _____

Försäkring önskas för följande valpar:

Namn: _____

Reg. nr i SKK: _____ ID-nummer: _____

Namn: _____

Reg. nr i SKK: _____ ID-nummer: _____

Namn: _____

Reg. nr i SKK: _____ ID-nummer: _____

Namn: _____

Reg. nr i SKK: _____ ID-nummer: _____

Fortsätter på nästa sida.

Försäkringsmäklare L-E Gefvert AB

Box 38156, 100 64 Stockholm · Org. nr. 556512-7833 · Säte: Stockholm
T. 08 440 54 40 · F. 08 678 29 20 · kundservice@gefvert.se · www.gefvert.se

Forts. Försäkring önskas för följande valpar:

Namn: _____

Reg. nr i SKK: _____ ID-nummer: _____

Namn: _____

Reg. nr i SKK: _____ ID-nummer: _____

Namn: _____

Reg. nr i SKK: _____ ID-nummer: _____

Namn: _____

Reg. nr i SKK: _____ ID-nummer: _____

Namn: _____

Reg. nr i SKK: _____ ID-nummer: _____

Namn: _____

Reg. nr i SKK: _____ ID-nummer: _____

Namn: _____

Reg. nr i SKK: _____ ID-nummer: _____

Namn: _____

Reg. nr i SKK: _____ ID-nummer: _____

Namn: _____

Reg. nr i SKK: _____ ID-nummer: _____

Namn: _____

Reg. nr i SKK: _____ ID-nummer: _____