



پرسشنامه بیمه اسب

مشخصات پیشنهاد دهنده

پیشنهاد دهنده:										کد ملی / شناسه ملی	
تاریخ تولد: / / ۱۳										ش. شناسنامه	
نشانی اقامتگاه قانونی:											
تلفن				نمبر				همراه			

سوابق بیمه ای

آیا طی یکسال گذشته بیمه نامه اسب داشته اید؟ بله خیر • در صورت مثبت بودن پاسخ نام شرکت بیمه شماره بیمه نامه
 • تعداد بیمه نامه و ارزش هر یک از اسبها را درج نمائید:

اطلاعات مورد بیمه

۱. نشانی محل نگهداری اسب: شماره اصطبل
 • نام مربی شماره تماس • نام کارگر شماره تماس

۲. جدول زیر را تکمیل نمائید:

نام اسب / مادیان:	نام پدر:	تاریخ آخرین واکسیناسیون:
جنس:	نام مادر:	۱۴ / /
تاریخ تولد:	علامت شماره داغ:	تاریخ آخرین مصرف داروی ضد انگل:
رنگ:	شماره شناسنامه / پاسپورت:	۱۴ / /
نژاد:	شماره میکرو چیپ:	
استفاده کننده مجاز:	ارزش اسب:	

۳. نوع کاربری اسب: سواری آزاد پرش کورس درساژ استقامت سیلیمی تولیدی زیبایی کره اسب سایر (توضیح دهید)

۴. آیا اسب/مادیان با مشخصات فوق دارای سابقه بیماری و یا مصدومیت می باشد؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل فرمائید:

نوع بیماری یا مصدومیت	تاریخ حادثه	مبلغ هزینه انجام شده	مدت بیماری یا مصدومیت	آیا بیماری رفع شده است؟
.....

۵. امکانات دامپزشکی و نحوه دسترسی به دکتر دامپزشک و فاصله تا نزدیکترین کلینیک دامپزشکی را شرح دهید:

۶. آیا سابقه تلف اسب داشته اید؟ با توجه به موارد زیر لطفاً توضیح دهید:

تلف ناشی از بیماری تلف و نقص عضو ناشی از حادثه تلف و نقص عضو ناشی از حمل و نقل تلف و نقص ناشی از سخت زائی

۷. مدارک شناسایی اسب را مشخص نمائید: پاسپورت شناسنامه گذرنامه برگ میکروچیپ کارت شناسایی میکروچیپ متفرقه فاقد مدارک

۸. سابقه فعالیت مالک و مربی اسب را در ارتباط با نوع کاربری شرح دهید:

۹. محل نگهداری اسب: باشگاه باکس انفرادی متحرک اصطبل شخصی محوطه آزاد سایر (توضیح دهید)

۱۰. مواد غذایی مورد استفاده و تعداد ساعات تغذیه در روز را درج نمائید:

۱۱. آیا اصطبل ها و باکس های نگهداری دارای دوربین مداربسته هستند؟ بله خیر • نوع آبخوری: اتوماتیک غیر اتوماتیک

۱۲. محدوده جابجایی اسب: باشگاه استانی کشوری منطقه ای نقل و انتقال فصلی

مدت بیمه نامه

بیمه نامه به مدت روز، از ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۴ تا ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۴ درخواست می گردد.

این پرسشنامه به درخواست اینجانب تکمیل و با امضای آن ضمن تصدیق مندرجات، اعلام می دارم به کلیه پرسشها و سئوالات فوق با صداقت و حسن نیت جواب داده شده است و در صورت اثبات هر گونه اظهار خلاف واقع و یا کتمان حقیقت، مسئولیت آن مطابق مواد ۱۲ و ۱۳ قانون بیمه متوجه اینجانب می باشد.

تاریخ تکمیل: / / ۱۴

نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده: مهر و امضاء