



پرسشنامه بیمه اسب

مشخصات پیشنهاد دهنده

پیشنهاد دهنده :										کد ملی / شناسه ملی	
تاریخ تولد : / / ۱۳										ش. شناسنامه	

نشانی اقامتگاه قانونی : کد پستی

تلفن	نامبر و ایمل	همراه
------	--------------	-------

سوابق بیمه ای

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

اطلاعات مورد بیمه

- نشانی محل نگهداری اسب : شماره اصطبل
 • نام مربی شماره تماس • نام کارگر شماره تماس
- جدول زیر را تکمیل نمایید :

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 کلی اسب :	ارزش قابل بیمه در بیمه ایران و سایر شرکتها :

- نوع کاربری اسب : ☐ سواری آزاد ☐ پرش ☐ کورس ☐ درساز ☐ استقامت ☐ سیلیمی ☐ تولیدی ☐ زیبایی ☐ کره اسب ☐ سایر (توضیح دهید)
- 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؟
.....				

- امکانات دامپزشکی و نحوه دسترسی به دکتر دامپزشک و فاصله تا نزدیکترین کلینیک دامپزشکی را شرح دهید:
- آیا سابقه تلف اسب داشته اید؟ با توجه به موارد بند ۷ لطفاً توضیح دهید:
- پوشش‌های مورد درخواست: تلف ناشی از بیماری ☐ تلف و نقص عضو ناشی از حادثه ☐ تلف و نقص عضو ناشی از حمل و نقل ☐ تلف و نقص عضو ناشی از سخت‌زائی ☐
- مدارک شناسایی اسب را مشخص نمایید: پاسپورت ☐ شناسنامه ☐ گذرنامه ☐ برگ میکروچیپ ☐ کارت شناسایی ☐ میکروچیپ متفرقه ☐ فاقد مدارک ☐
- سابقه فعالیت مالک و مربی اسب را در ارتباط با نوع کاربری شرح دهید:
- محل نگهداری اسب : باشگاه ☐ باکس انفرادی متحرک ☐ اصطبل شخصی ☐ محوطه آزاد ☐ سایر (توضیح دهید)
- مواد غذایی مورد استفاده و تعداد ساعات تغذیه در روز را درج نمایید :
- آیا اصطبل ها و باکس های نگهداری دارای دوربین مداربسته هستند؟ ☐ خیر ☐ • نوع آبخوری : اتوماتیک ☐ غیر اتوماتیک ☐
- محدوده جابجایی اسب : باشگاه ☐ استانی ☐ کشوری ☐ منطقه ای ☐ نقل و انتقال فصلی ☐

مدت بیمه نامه

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

این پرسشنامه به درخواست اینجانب تکمیل و با امضای آن ضمن تصدیق مندرجات، اعلام می دارم به کلیه پرسشها و سؤالات 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