



پرسشنامه و پیشنهاد بیمه اسب

شرکت بیمه "ما"

خواهشمند است بیمه نامه اسب با مشخصات زیر صادر نمائید. ضمناً تعهد مینماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد.

| | | |
|---|-----|---|
| نام پیشنهاد دهنده (مالک/نماینده قانونی): | | شماره اقتصادی/شماره ملی |
| شماره ثبت/شماره شناسنامه | | تاریخ تاسیس/تاریخ تولد |
| نشانی: استان | شهر | شماره پستی |
| پست الکترونیک | | تلفن |
| | | دورنگار |
| | | تلفن همراه |
| مشخصات و اطلاعات مربوط اسب / مادیان | | ردیف |
| نام اسب / مادیان | | ۱ |
| نژاد | | ۲ |
| شماره شناسنامه / گذرنامه | | ۳ |
| داخلی / وارداتی | | ۴ |
| شماره داغ | | ۵ |
| میکروچیپ | | ۶ |
| نام استفاده کننده | | ۷ |
| ورزشی <input type="checkbox"/> مولد <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> | | ۸ نوع کاربری |
| پرش <input type="checkbox"/> استقامت <input type="checkbox"/> کورس <input type="checkbox"/> درساز <input type="checkbox"/> ارابه دوانی <input type="checkbox"/> مسابقه سه روزه <input type="checkbox"/> | | ۹ نوع ورزشی |
| رده اسب | | ۱۰ رده اسب |
| باشگاه <input type="checkbox"/> باکس انفرادی متحرک <input type="checkbox"/> محوطه آزاد <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> | | ۱۱ محل نگهداری |
| استانی <input type="checkbox"/> کشوری <input type="checkbox"/> منطقه ای <input type="checkbox"/> نقل و انتقال فصلی <input type="checkbox"/> | | ۱۲ محدوده فعالیت |
| | | ۱۳ سابقه دامپزشکی |
| | | ۱۴ تاریخ واکسیناسیون |
| | | ۱۵ زمان مصرف داروی ضد انگل |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | | ۱۶ آیا مدیریت محل نگهداری تخصصی است |
| | | ۱۷ شرایط نگهداری |
| | | ۱۸ مواد غذایی مصرفی |
| | | ۱۹ امکانات دامپزشکی |
| | | ۲۰ نام دامپزشک معالج و تخصص وی |
| | | ۲۱ سابقه فعالیت مالک و مربی مرتبط با کاربری |
| تلف ناشی از بیماری <input type="checkbox"/> تلف و نقص عضو ناشی از حادثه <input type="checkbox"/> تلف و نقص عضو ناشی از حمل و نقل <input type="checkbox"/> | | ۲۲ پوشش بیمه ای مورد درخواست |
| تلف و نقص عضو ناشی از سخت زائی <input type="checkbox"/> | | |
| * توجه: پوششهای ذکر شده به غیر از بیماری به تنهایی قابل ارائه نمی باشند. | | |
| بله <input type="checkbox"/> نزد شرکت بیمه طی شماره | | ۲۳ آیا اسب قبلاً بیمه داشته است؟ |
| تا تاریخ | | ۲۴ ارزش اسب / مادیان |
| تا ساعت ۲۴ روز | | ۲۵ مدت بیمه |

چنانچه مایلید در صورت بروز خسارات احتمالی در تعیین کارشناس ارزیاب خسارت پرونده مربوطه مشارکت نمایید، نام و نام خانوادگی و کد فعالیت کارشناس پیشنهادی (دارای پروانه فعالیت از بیمه مرکزی) را اعلام فرمایید.

ضمناً اعلام میدارد که اظهارات فوق الذکر براساس اصل حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام گردیده، لذا موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

نام و امضاء بیمه گذار:

تاریخ تکمیل: