

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه اسب

شرکت بیمه "ما"

خواهشمند است بیمه نامه اسب با مشخصات زیر صادر نمائید. ضمناً تعهد مینمایم 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/مادبان		
ردیف		
۱	نام اسب/مادبان	
۲	نژاد	
۳	شماره شناسنامه/گذرنامه	
۴	داخلی/وارداتی	
۵	شماره داغ	
۶	میکروچیپ	
۷	نام استفاده کننده	
۸	نوع کاربری <input type="checkbox"/> ورزشی <input type="checkbox"/> مولد <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	
۹	نوع ورزشی <input type="checkbox"/> 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"/>	
۱۰	رده اسب <input type="checkbox"/> رده پرش <input type="checkbox"/> امتیاز کورس <input type="checkbox"/> استقامت <input type="checkbox"/> رده درساز <input type="checkbox"/> مسابقه سه روزه <input type="checkbox"/>	
۱۱	محل نگهداری <input type="checkbox"/> باشگاه <input type="checkbox"/> باکس انفرادی متحرک <input type="checkbox"/> محوطه آزاد <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	
۱۲	محدوده فعالیت <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> کشوری <input type="checkbox"/> منطقه ای <input type="checkbox"/> نقل و انتقال فصلی <input type="checkbox"/>	
۱۳	سابقه دامپزشکی	
۱۴	تاریخ واکسیناسیون	
۱۵	زمان مصرف داروی ضد انگل	
۱۶	آیا مدیریت محل نگهداری تخصصی است <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
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	
۲۲	پوشش بیمه ای مورد درخواست 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"/> 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.	
۲۳	آیا اسب قبلاً بیمه داشته است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نزد شرکت بیمه طی شماره <input type="checkbox"/> تا تاریخ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۲۴	ارزش اسب/مادبان	
۲۵	مدت بیمه	روز از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز

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: