



**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 / 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: