



فرم پیشنهاد بیمه نامه اسب

ساختمان مرکزی : تهران، خیابان گاندی، کوچه سیزدهم، پلاک ۱۴
تلفن: ۸۶۷۵۷۰۰۰ فکس: ۸۸۶۶۴۵۸۷ کدپستی: ۱۵۱۷۷۵۳۸۱۱
شماره فرم :

مشخصات بیمه گذار

الف : حقیقی :

نام بیمه گذار: کدملی : شماره شناسنامه :
تلفن ثابت : تلفن همراه : کدپستی :
نشانی بیمه گذار:

ب : حقوقی :

نام شرکت /موسسه /باشگاه : تلفن ثابت : تلفن همراه :
شناسه ملی : کد اقتصادی : کدپستی :
نشانی :

مشخصات اسب

نام اسب	جنسیت	نژاد	سن	داخلی / وارداتی	شماره اسکیچ فدراسیون / میکروچیپ	شماره شناسنامه / گذرنامه	مبلغ پیشنهادی (ریال)

- ۱- نوع کاربری اسب: ورزشی ☐ مولد ☐ زیبایی ☐ سواری آزاد ☐ غیره ☐
چنانچه کاربری ورزش است، نوع آن مشخص شود.
پرش ☐ کورس ☐ استقامت ☐ درساز ☐ ارابه دوانی ☐ مسابقات سه روزه ☐ ولتیژ ☐

۲- پوشش بیمه‌ای مورد نظر:

تلف ناشی از بیماری ☐ تلف و نقص عضو ناشی از حادثه ☐ تلف ناشی از سخت زایی ☐

- ۳- در صورتی که اسب مادبان باشد آیا تمایل به تحت پوشش قرار گرفتن جنین اسب بعد از تولد را دارید؟ ☐ بله ☐ خیر
- اسب باردار چند ماهه می باشد؟
- سابقه زایمان های قبلی اسب مورد بیمه را شرح دهید.

۴- آیا تمایل به تحت پوشش قرار گرفتن هزینه درمان اسب مورد بیمه در صورت بروز عارضه کولیک را دارید؟ ☐ بله ☐ خیر



فرم پیشنهاد بیمه نامه اسب

ساختمان مرکزی : تهران، خیابان گاندی، کوچه سیزدهم، پلاک ۱۴
تلفن: ۸۶۷۵۷۰۰۰ فکس: ۸۸۶۶۴۵۸۷ کدپستی: ۱۵۱۷۷۵۳۸۱۱
شماره فرم :

۵- فرد یا افراد استفاده کننده از اسب نام برده شوند.

۶- محل نگهداری اسب: ☐ باشگاه ☐ باکس انفرادی متحرک ☐ محوطه آزاد ☐
غیره(مشخص شود)

۷- آیا مدیریت محل نگهداری اسب تخصصی است؟ شرایط نگهداری را توصیف کنید.

۸- سابقه فعالیت مالک و مربی در ارتباط با نوع کاربری :

۹- محدوده فعالیت: ☐ کشوری ☐ استانی ☐ منطقه‌ای ☐ نقل و انتقال فصلی ☐

۱۰- سابقه دامپزشکی اسب را به طور خلاصه بیان نمایید.

- تاریخ آخرین تست و واکسیناسیون انجام شده:

- تاریخ آخرین مصرف داروی ضد انگل:

- مواد غذایی مورد استفاده را نام ببرید.

- امکانات دامپزشکی، نام و تخصص دامپزشک مورد استفاده را نام ببرید.

۱۱- نام بیمه گر قبلی : شماره بیمه نامه قبلی :

۱۲- مدت بیمه نامه یکسال شمسی از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ می باشد.
توجه: ملاک عمل شرکت بیمه رازی، نظر کارشناس معتمد در هر زمینه اعم از بازدید سلامت و بازدید خسارت می باشد.

بدین وسیله تایید و گواهی می‌نمایم که پاسخ‌های ارائه شده در این پرسشنامه کاملاً منطبق با واقعیت و حقیقت اظهار شده است لذا در صورت وقوع خسارت احتمالی ناشی از عدم رعایت و انجام موارد ذکر شده در مندرجات این پرسشنامه، بیمه گر هیچ گونه تعهدی در قبال جبران خسارت وارده به عهده نخواهد داشت.

نام و امضاء بیمه‌گذار

تاریخ تکمیل پرسشنامه: