



4 برنامه استفاده از اسب توسط مالک یا اشخاص معرفی شده توسط مالک در محدوده محل نگهداری اسب : .....

5 شرح برنامه تمرینات و آماده سازی اسب : .....

6 تعداد مسابقات اسب در سال : .....

نوع مسابقه :  سرعت  پرش با مانع  سایر .....

7 آیا امکانات فوق در حد استاندارد می باشد ؟  بله  خیر

درجه امکانات :  استاندارد  زیر استاندارد  غیر استاندارد

8 نام و مشخصات مسئول نگهداری و تیمار اسب : .....

سابقه کاری : ..... میزان تحصیلات : ..... میزان تخصص : .....

9 شرح امکانات پزشکی و نحوه دسترسی به دکتر دامپزشک : .....

10 فاصله محل نگهداری اسب تا اولین مرکز دامپزشکی : ..... نام دامپزشک طرف قرارداد : .....

11 آیا اسب های مندرج در جدول مشخصات دارای سابقه بیماری و یا مصدونیت می باشند ؟  بله  خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً در جدول زیر مشخص نمائید : ↓

نام اسب	نوع سابقه بیماری یا مصدونیت	تاریخ حادثه	مبلغ هزینه شده	مدت بیماری یا مصدونیت	رفع بیماری
					<input type="radio"/> شده <input type="radio"/> نشده
					<input type="radio"/> شده <input type="radio"/> نشده
					<input type="radio"/> شده <input type="radio"/> نشده
					<input type="radio"/> شده <input type="radio"/> نشده
					<input type="radio"/> شده <input type="radio"/> نشده

12 تلف و نقص عضو اسب را ناشی از وقوع کدامیک از خطرات زیر می دانید :

○ حوادث (با پوشش حمل و نقل) ○ بیماری ○ سایر خطرات از قبیل .....

13 اطلاعات محدوده جغرافیایی پوشش بیمه ای اسب :

۱- ۱۳) محل نگهداری اسب به نشانی : .....

۲- ۱۳) محل تمرینات به نشانی : .....

۳- ۱۳) پیست مسابقات رسمی در شهرهای : .....

۴- ۱۳) حمل و نقل : ○ زمینی ○ هوایی ○ دریایی

۵- ۱۳) سایر نقاط مورد درخواست بیمه گذار : .....

14 مدت بیمه نامه :

مدت پوشش بیمه ای مورد درخواست : ..... روز ، از ساعت ۲۴ روز : ..... تا ساعت ۲۴ روز : .....

15 مدارک ضمیمه پیشنهاد :

۱- ۱۵) فتوکپی شناسنامه تمامی اسب های مورد بیمه .

۲- ۱۵) گواهی رعایت بهداشت و نظافت اسطبل (محل نگهداری اسب) از سازمان های ذیربط و ذیصلاح.

این پرسشنامه به درخواست اینجانب تکمیل و با امضای آن ضمن تصدیق مندرجات، اعلام می دارم به کلیه پرسشها و سئوالات 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 متقاضی : .....

مهر و امضاء

نام و مهر نمایندگی .....

