



پیشنهاد بیمه نامه اسب

مشخصات بیمه گذار	نام بیمه گذار:	کد ملی / شناسه ملی:	کد نمایندگی:
	تاریخ تولد / تاسیس:	کد پستی:	خانم / آقای:
	نشانی:		کارگزار:
	تلفن ثابت:	تلفن همراه:	واحد صدور:

مدت	مدت بیمه نامه: روز/ سال. تاریخ شروع بیمه نامه: از ساعت ۲۴ مورخ تاریخ پایان بیمه نامه تا ساعت ۲۴ مورخ
-----	--

اطلاعات کلی در مورد اسب های تحت پوشش	نشانی محل نگهداری اسب:									
	محل نگهداری اسب: <input type="checkbox"/> باشگاه <input type="checkbox"/> باکس انفرادی متحرک <input type="checkbox"/> محوطه آزاد <input type="checkbox"/> اصطبل شخصی <input type="checkbox"/> سایر									
	محدوده جغرافیایی جابجایی اسب: <input type="checkbox"/> باشگاه <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> کشوری <input type="checkbox"/> منطقه ای <input type="checkbox"/> نقل و انتقال فصلی									
	در این قسمت مطلبی نوشته نشود (مربوط به کارشناس بیمه گر)									
	نام اسب/ جنین:									
	جنس: تاریخ تولد: / / نژاد: داغ:									
	شماره شناسنامه / گذرنامه: میکروچیپ:									
	نام پدر اسب/ جنین: نام مادر اسب/ جنین: تاریخ کشش: / /									
	نام استفاده کننده:									
	ارزش اسب: ریال.									
سابقه فعالیت مالک و مربی در ارتباط با نوع کاربری اسب:										
کاربری: <input type="checkbox"/> سواری آزاد <input type="checkbox"/> پرش <input type="checkbox"/> کورس <input type="checkbox"/> درساز <input type="checkbox"/> استقامت <input type="checkbox"/> سیلمی <input type="checkbox"/> تولیدی <input type="checkbox"/> زیبایی <input type="checkbox"/> کره اسب <input type="checkbox"/> جنین <input type="checkbox"/> بومی (فلات) <input type="checkbox"/> سایر										
آیا اسب/ جنین درج شده در جدول مشخصات دارای سابقه بیماری و یا مصدومیت می باشند؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله (موارد را مشخص فرمایید)										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>نوع سابقه بیماری یا مصدومیت</th> <th>تاریخ حادثه</th> <th>مبلغ هزینه انجام شده</th> <th>مدت بیماری یا مصدومیت</th> <th>آیا بیماری رفع شده است؟</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	نوع سابقه بیماری یا مصدومیت	تاریخ حادثه	مبلغ هزینه انجام شده	مدت بیماری یا مصدومیت	آیا بیماری رفع شده است؟					
نوع سابقه بیماری یا مصدومیت	تاریخ حادثه	مبلغ هزینه انجام شده	مدت بیماری یا مصدومیت	آیا بیماری رفع شده است؟						
شرح و امکانات دامپزشکی و نحوه دسترسی به دکتر دامپزشک و فاصله تا نزدیک ترین کلینیک دامپزشکی:										
<input type="checkbox"/> 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 زایی (پوشش های ذکر شده به غیر از بیماری به تنهایی قابل ارایه نمی باشند).										
آخرین تاریخ واکسیناسیون: آخرین تاریخ مصرف داروی ضد انگل:										
نام دامپزشک معالج و تخصص ایشان:										
مواد غذایی مورد استفاده:										
ملاک عمل شرکت بیمه پارسیان، نظر کارشناس معتمد در زمینه بازدید سلامت و خسارت می باشد.										

سوابق بیمه ای	در صورتی که اسب در گذشته بیمه نامه داشته است:
	شماره بیمه نامه سال قبل: نام بیمه گر قبلی: تا تاریخ:

تاییدیه بیمه گذار	اینجانب به عنوان بیمه گذار/ نماینده بیمه گذار تعهد می نمایم که اظهارات درج شده در این پیشنهاد بر اساس اصل حسن نیت و با آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه اسب تنظیم شده و در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر می تواند مطابق مقررات رفتار نماید. از این رو موافقت می گردد این پیشنهاد مبنای صدور بیمه نامه قرار گیرد.
	تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد: نام و نام خانوادگی، امضاء و مهر بیمه گذار:

این قسمت توسط نمایندگی / واحد صدور تکمیل می گردد:	
مهر و امضاء و کد نمایندگی / واحد صدور:	تاریخ دریافت پیشنهاد: