

از شرکت بیمه پارسیان (سهامی عام)، درخواست می‌شود بیمه نامه اسب را با توجه به اطلاعات مورد درخواست مندرج در این پیشنهاد، برای بیمه‌گذار با مشخصات زیر به مدت روز از ساعت مورخ تا ساعت مورخ صادر نماید.

بیمه گذار		مشخصات											
نام پیشنهاد دهنده:	کد ملی:	تاریخ تولد/تاسیس: روز	ماه										
نشانی:	تلفن/دورنگار:	سال	تا ساعت										
پست الکترونیک:	کد پستی:	مورخ	مورخ										
نشانی محل نگهداری اسب:													
در این قسمت مطلبی نوشته نشود (مربوط به کارشناس بیمه‌گر)													
نام اسب/مادبان:		جنس:											
تاریخ تولد:		نژاد:											
شماره شناسنامه/گذرنامه:		شماره داغ:											
میکروچیپ:		نام استفاده کننده:											
ارزش اسب (به ریال):		سابقه فعالیت مالک و مربی در ارتباط با نوع کاربری اسب											
<p>نوع کاربری: ورزشی <input type="checkbox"/> مولد <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/></p> <p>اسب در چه رده ای است؟ رده پرش <input type="checkbox"/> کورس <input type="checkbox"/> استقامت <input type="checkbox"/> رده درساز <input type="checkbox"/> ارایه دوانی <input type="checkbox"/> مسابقات سه روزه <input type="checkbox"/></p> <p>آیا اسب/مادبان مندرج در جدول مشخصات دارای سابقه بیماری و یا مصدومیت می‌باشند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن لطفاً موارد را مشخص فرمایید:</p> <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> <p>شرح و امکانات دامپزشکی و نحوه دسترسی به دکتر دامپزشک و فاصله تا نزدیکترین کلینیک دامپزشکی:</p> <p>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 سخت‌زائی <input type="checkbox"/></p> <p>پوشش‌های ذکر شده به غیر از بیماری به تنهایی قابل ارائه نمی‌باشند.</p>				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؟									
محل نگهداری اسب		باشگاه: <input type="checkbox"/> پاکس انفرادی متحرک <input type="checkbox"/> محوطه آزاد <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>											
آخرین تاریخ واکسیناسیون:		آخرین تاریخ مصرف داروی ضد انگل:											
نام دامپزشک معالج و تخصص ایشان:		مواد غذایی مورد استفاده:											
محدوده جغرافیایی:		محل نگهداری اسب به نشانی: باشگاه <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> کشوری <input type="checkbox"/> منطقه‌ای <input type="checkbox"/> نقل و انتقال فصلی <input type="checkbox"/>											
آیا اسب قبلاً بیمه داشته است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نزد شرکت بیمه		طی شماره											
سوابق بیمه‌ای		تا تاریخ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>											

توجه: ملاک عمل شرکت بیمه پارسیان، نظر کارشناس معتمد در زمینه بازدید سلامت و خسارت می‌باشد.

اینجانب تعهد می‌نمایم که به کلیه پرسش‌های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه اسب می‌باشد، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه‌گر می‌تواند نسبت به لغو بیمه نامه اقدام نماید.

مهر یا امضای بیمه گذار: تاریخ: