

טופס נלווה להצעה לביטוח, למילוי על ידי רופא וטרינר המטפל בסוס/ה

שם הסוס/ה	מגזע	תאריך לידה	מין: <input type="radio"/> זכר (מסורס / לא מסורס) <input type="radio"/> נקבה (בהריון / לא בהריון)
הנמצא/ת בבעלות	שם לקוח	מוחזק באורווה במשק	חתימת וטרינר:

לבדיקה כאשר הסוס/ה במקום החזקתו הקבוע ובמצב מנוחה, (יש לצרף טופס זיהוי של הסוס/ה):

1. **נחיריים:** מושלמות / לא מושלמות, פרט: _____
 אין הפרשות / יש הפרשות, פרט: _____
2. **סינוסים:** צלולים / לא צלולים, פרט: _____
3. **סמטרייה של הראש:** סימטרי / לא סימטרי פרט: _____
4. **עיניים:** עפעפיים מושלמים / לא מושלמים, פרט: _____
 צלקות בקרנית- לא כן, במידה וכן מיקומם והאם לדעתך הם משפיעים על מרחב ראיית הסוס פרט: _____
5. **אדמומיות באחת העיניים** לא כן, האם הסוס/ה רואה בשתי עיניים לא כן.
6. **אוזניים:** מושלמות / לא מושלמות, פרט: _____
פה: סימטרי / לא סימטרי, פרט: _____
7. **אמודי/ את גיל הסוס/ה על פי השיניים:** _____
 האם מבנה השיניים חריג באופן כלשהו. לא כן, פרט: _____
8. **העבר שתי ידיים על צוואר הסוס,** האם הצוואר חלק וסימטרי כן לא, פרט: _____
9. **האם שני הורידים הגולגוליים תקינים** כן לא, פרט: _____
10. **לב - מהו קצב הלב (במנוחה)** _____
 האם נשמע רשרוש לא כן, פרט: _____
11. **ריאות - נשימה תקינה** כן לא, פרט: _____
12. **עור:** האם את/ה מבחין/ה בבעיות עור כלשהן לא כן, פרט: _____
13. **אברי המין:** האם הפין נראה לך מושלם לא רלוונטי כן לא, פרט: _____
 האם האשכים נראים מושלמים לא רלוונטי לא כן
 האם יש צלקות בשפתי הבושת. לא רלוונטי לא כן
 האם שפתי הבושת תפורים. לא רלוונטי לא כן
14. **התבונן בסוס/ה ממרחק מלפנים ומאחור.** _____
 האם ניתן להבחין בחוסר סימטריות כלשהי. לא כן, פרט: _____
15. **העבר/י ידיך על כל ארבעת הרגליים** מלמעלה ומלמטה, האם את/ה מבחין/ה בחריגות כלשהן: _____
 רגל שמאל קדמית- לא כן, פרט: _____
 רגל ימין קדמית - לא כן, פרט: _____
 רגל שמאל אחורית - לא כן, פרט: _____
 רגל ימין אחורית - לא כן, פרט: _____
16. **האם לסוס/ה פגם במבנה הרגליים** לא כן, פרט: _____
17. **האם נעשה בסוס/ה טיפול לניטוק עצב,** לא כן, פרט: _____
18. **האם נעשה בסוס/ה טיפול בכוויות?** לא כן, אם כן מתי נעשה הטיפול, לאיזו מטרה והאם הטיפול היה מוצלח, פרט: _____
 בקש מהמטפל להוליך את הסוס/ה ממך ואילך האם את/ה מבחין/ה בצליעה, לא כן, פרט: _____
 האם יש צליעה בטרוט, לא כן, פרט: _____
 מה הן הסיבות לצליעה, _____
 האם הן זמניות או קבועות, _____

לביצוע שלב זה הסוס חייב להתאמץ כך שהדופק שלו יוגבר והוא יתנשף, ניתן לבצע לונג' של טרורט וקנטר למשך 10 דקות או שרוכב ירכב על הסוס/ה.

ניתן לפסוח על שלב זה במידה ומדובר בסוסה בשלב הריון מתקדם.

אם שלב זה לא בוצע מכל סיבה נא פרט: _____

בזמן ביצוע המאמץ התבונן/י בסוס/ה

19. האם את/ה מבחין בחריגות כלשהן בתנועת הסוס/ה לא כן, פרט: _____

20. האם שומעים קולות חריגים לא כן, מקורם: _____
בתום המאמץ האזן/י שוב ללב ולריאות.

21. מהו דופק הסוס/ה: _____ האם את/ה שומעת/ת רשרוש לא כן, פרט: _____

22. האם את/ה שומעת/ת קולות חריגים בנשימת הסוס/ה לא כן, פרט: _____

23. האם את/ה הוטרינר/ית העיקרי של הסוס/ה: לא כן, כמה זמן הינך מטפל בסוס זה: _____
האם ידוע לך על עוד וטרינרים המטפלים בסוס זה, לא כן, פרט: _____

24. איזה אחוז מכלל העבודה הוטרינרית שלך עוסקת בקליניקה של סוסים _____

25. האם הסוס/ה סבל/ה בעבר או סובלת/ת מהתקפות מעיים ו/או קוליק לא כן, פרט: _____

26. האם הסוס/ה סובלת/ת או סבלו משחפת לא כן, פרט: _____

27. האם הסוס/ה סובל/ה או סבל/ה מקדחת קרציות לא כן, פרט: _____

28. האם להערכתך הסוס/ה פראית או מסוכנת: לא כן

הסוס/ה ניתנת/ת לשליטה ע"י אדם אחד בלבד, לא כן, פרט: _____

29. למילוי לגבי סוסה במידה והסוסה הרה: תאריך ההמלטה המשוער: _____ האם קיימים סימנים להפרעות בהמלטה עתידית לא כן, פרט: _____

האם היו לסוסה הפלות בעבר, לא כן, באילו נסיבות _____

30. האם ידוע לך על מחלות ו/או טיפולים כלשהם שעבר הסוס בעבר ואשר רלוונטיים לכיסוי ביטוח חיים / רכיבה/ צד ג' / גניבה: _____

31. האם סביבת אחזקת הסוס/ה מהווה סכנה לבריאות הסוס/ה, לא כן, פרט: _____

32. האם המטפל בסוס/ה בקיא בעבודתו ואינו מהווה סיכון לסוס כן לא, פרט: _____

33. האם ברצונך להוסיף פרטים כלשהם שמעניינה של חברת הביטוח לדעת, טרם תסכים לקבל על עצמה לבטח את סוס/ה: _____

הצהרת רופא/ה וטרינר/ית:

אני הח"מ, רופא וטרינר מוסמך ע"פ חוק, נתבקשתי לבדוק את הסוס/ה הנ"ל ולחוות את דעתי המקצועית על פי בקשת המבוטח לצורך קבלת הסוס/ה לביטוח ב"אייילון" חברה לביטוח בע"מ. הנני מאשר/ת כי היום נבדק/ה הסוס/ה על ידי, הבנתי את הנדרש וביצעתי את הבדיקות המפורטות בטופס האמור. אני נותנת/ת חוות דעתי זו במקום עדות בבית משפט ואני מצהירה/ה בזאת כי ידוע לי היטב, לעניין הוצאות החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה בבית משפט, כי דין חוות דעת זו כשהיא חתומה על ידי - כדין עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

שם הרופא	מס' רשיון	טלפון
תאריך	ולראיה באתי על החתום	