

تاریخ:/...../.....

دامپزشک محترم؛ خواهشمند است پس از معاینه کامل حیوان خانگی (سگ / گربه) این گواهی را با رعایت جزئیات کامل، تکمیل فرمایید.

مشخصات مالک (بیمه‌گذار)	نام و نام خانوادگی:	کد ملی:
	آدرس پستی:	
	کد پستی:	آدرس ایمیل:@.....
	شماره تلفن همراه:	شماره تلفن ثابت:

مشخصات حیوان خانگی (مورد بیمه)	نام:	نوع: <input type="checkbox"/> سگ <input type="checkbox"/> گربه
	نژاد (هاسکی، سیامی، یونی کورن، پرشین و ...):	
	جنسیت: ماده <input type="checkbox"/> نر <input type="checkbox"/>	سن: سال تولد:
	کد چیپست (در صورت وجود):	
	خصوصیت ویژه:	

۱. بررسی ابتدای مورد بیمه (حیوان خانگی) به بیماری/زخم های ناشی از حوادث:

دامپزشک محترم، در صورتی که مورد بیمه (حیوان خانگی) به هر یک از بیماری های زیر مبتلا بوده و نشانه های آن بیماری و یا زخم های ناشی از حوادث را دارا می باشد، گزینه مورد نظر را علامت بزنید :

❖ زخم های ناشی از حوادث :

- گازگرفتگی سوختگی شکستگی برق گرفتگی پارگی
 جراحی برای خارج کردن جسم خارجی آسیب و ضربات وارده به بافت نرم
 زخم ها و شرایط مزمن یا مداوم از قبیل حساسیت های پوستی
 سایر زخم ها :

۲. معاینه مورد بیمه (حیوان خانگی) :

دامپزشک محترم، خواهشمند است پس از معاینه مورد بیمه (حیوان خانگی) به سوالات زیر پاسخ دهید :

❖ شرح حال کلی مورد بیمه :

در صورت مشاهده هر یک از موارد زیر، گزینه مورد نظر را انتخاب و توضیحات لازم را در قسمت زیرین شرح دهید.

مورد بیمه در حال حاضر بیماری دارد. مورد بیمه سابقه بیماری دارد.

وزن مورد بیمه متناسب با سن و نژاد نمی باشد. مورد بیمه سابقه مصرف دارو دارد.

مطابق با اطلاعات مندرج در شناسنامه مورد بیمه، واکسن های مورد نیاز در موعد مقرر به مورد بیمه تزریق نشده است.

توضیحات :

.....

.....

❖ بررسی سیستماتیک اعضای بدن :

در صورت مشاهده هرگونه مشکل در وضعیت های زیر، گزینه مورد نظر را انتخاب و توضیحات لازم را در قسمت زیرین شرح دهید :

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> وضعیت عمومی و ظاهری | <input type="checkbox"/> وضعیت پوست | <input type="checkbox"/> وضعیت عضلانی- اسکلتی | <input type="checkbox"/> وضعیت سیستم بینایی |
| <input type="checkbox"/> وضعیت سیستم شنوایی | <input type="checkbox"/> وضعیت تنفسی | <input type="checkbox"/> وضعیت گوارش | <input type="checkbox"/> وضعیت کلیه و مجاری ادراری |
| <input type="checkbox"/> وضعیت سیستم عصبی | <input type="checkbox"/> وضعیت قلبی-عروقی | <input type="checkbox"/> وضعیت غدد لنفاوی | <input type="checkbox"/> وضعیت گوارش |

توضیحات :

.....

.....

صدور بیمه نامه نیاز به انجام آزمایشات اضافی :

 دارد ندارد

شرح آزمایشات اضافی مورد نیاز :

.....

.....

با توجه به معاینات و آزمایشات صورت گرفته، صدور بیمه نامه :

 بلامانع است به صلاح بیمه گر نمی باشد نیاز به بررسی دارد

توضیحات :

.....

.....

نام و نام خانوادگی

تاریخ، مهر و امضای دامپزشک