

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: _____
 אמודי/ את **גיל הסוס/ה** על פי השיניים: _____
 האם מבנה **השיניים** חריג באופן כלשהו. לא כן, פרט: _____
7. העבר שתי ידיים על **צוואר** הסוס, האם הצוואר חלק וסימטרי כן לא, פרט: _____
8. האם שני הורידים הגולגוליים תקינים כן לא, פרט: _____
9. **לב -** מהו קצב הלב (במנוחה) _____
 האם נשמע רשרוש לא כן, פרט: _____
10. **ריאות -** נשימה תקינה כן לא, פרט: _____
11. **עור:** האם את/ה מבחין/ה בבעיות עור כלשהן לא כן, פרט: _____
12. **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
13. התבונן בסוס/ה ממרחק מלפנים ומאחור.
 האם ניתן להבחין בחוסר **סימטריות** כלשהי. לא כן, פרט: _____
14. העברי/י ידוך 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: _____
15. האם לסוס/ה פגם במבנה הרגליים לא כן, פרט: _____
16. האם נעשה בסוס/ה **טיפול בכוויות?** לא כן, אם כן מתי נעשה הטיפול, לאיזו מטרה והאם הטיפול היה מוצלח, פרט: _____
17. האם נעשה בסוס/ה טיפול ל**ניתוק עצב**, לא כן, פרט: _____
18. 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 סבלה בעבר או סובלת מהתקפות מעיים ו/או קוליק לא כן, פרט: _____

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

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

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

הסוס/ה ניתנת 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 מאשרת כי היום נבדקה 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 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' רישון	טלפון
תאריך	ולראיה באתי על החתום	