



TBF AT HAYAT SİGORTASI BİLGİ FORMU

Sigorta Ettiren:

Sigorta Ettirenin

TC Kimlik No/VKN:

Adres:

.....

Atın Sahibi:

Atın Adı:

Doğum Yeri / Yıl:

Tescil No:

Kullanım Amacı: Engel Atlama At Terbiyesi Binek

(Atlı Dayanıklılık ve Konkur Komple atları Engel Atlama seçeneğini işaretlemeleri gerekmektedir.)

İrk:

Cinsiyet:

Donu:

Mikrochip No:

Daimi Bulunduğu Ahır /Adres:

Veteriner Hekim Adı:

Daha Önce Sigortası Var mı: Evet Hayır

Sigorta Bedeli:

Taşıma (Yurtiçi – Yurtdışı) teminatı isteniyor mu? Evet Hayır

SİGORTA ETTİREN

ADI SOYADI

İMZA