



## 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