

| | |
|------------------|------|
| שם הסוכן | מספר |
| שם המרחב / הסניף | |
| מספר הצעה | |

דו"ח בדיקת סוס ע"י וטרינר

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

הנחיות לרופא הוטרינר בבדיקת סוס לביטוח

א. בכל מקום בו מופיעה המילה "סוס" הכוונה גם ל"סוסה", אלא אם מתבקש אחרת. ד. לתשומת לבך:

ב. יש לערוך את הבדיקה בתנאים הבאים:

- הסוס ייבדק מחוץ לתאו בתנאי תאורת יום.
- הסוס ייבחן בתנועה על משטח קשה כדי לבדוק אם קיימת מגבלת תנועה או צליעה.
- יש להתייחס לקיומם של הרגלים מגונים (stereotypes)
- עליך לברר קיומן של מחלות מדבקות באורווה ובסביבתה.

ג. את ממצאי הבדיקה הרפואית בחלק ד. להלן, יש למלא בכל מקרה. את ממצאי הבדיקה הרפואית בחלק ה. להלן, יש למלא רק בביטוח אובדן כושר מכל סוג שהוא.

ד. לתשומת לבך:

- חברת הביטוח אינה מבטחת סוס המשוכן באורווה לא בטיחותית.
- חברת הביטוח אינה מבטחת לאובדן כושר:

- סוסים שעברו חיתוך עצב (Neurectomy)
- סוסים הסובלים מ-EIPH (Exercise Induced Pulmonary Hemorrhage)
- סוסים החולים ב-COPD

ה. חברת הביטוח שומרת לעצמה את הזכות לבדוק את אמינות הדיווח באמצעות בדיקה של רופא מטעמה. במקרה של דיווח שאינו הולם את המציאות, יבוטל הכיסוי הביטוחי עד לברור העניין.

א. פרטי בעל הסוס המציע

| | |
|------------------|-----------------|
| שם המלא של המציע | כתובת מגורים |
| שם החווה וכתובתה | מספר טלפון נייד |

ב. פרטי הסוס - השלם וסמן ✓ במשבצות המתאימות

| שם הסוס | תאריך לידה | מין | גיל על-פי השיניים | גזע |
|---|------------|--|-------------------|-----|
| | | <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> מסורס | | |
| מיקרוצ'יפ <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> יש ומספרו הוא: _____ | | | | |
| צבע Bay <input type="checkbox"/> Brown <input type="checkbox"/> Grey <input type="checkbox"/> Chestnut <input type="checkbox"/> Skewblad (חום לבן) <input type="checkbox"/> Palomino <input type="checkbox"/> Pieblad (שחור לבן) <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> | | האם מוחתם בצריבה או בקעקוע <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מא שרטט וציין מיקומו _____ | | |
| מטרת השימוש בסוס <input type="checkbox"/> טיולים <input type="checkbox"/> קפיצות <input type="checkbox"/> רכיבה אמנותית <input type="checkbox"/> רכיבה מערבית <input type="checkbox"/> סוס בית-ספר | | הכיסוי המבוקש <input type="checkbox"/> מוות <input type="checkbox"/> מוות + אבדן כושר <input type="checkbox"/> מוות + אבדן יכולת הרבעה <input type="checkbox"/> מוות + אבדן כושר + אבדן יכולת הרבעה | | |

ג. נתונים על האורווה - נא לסמן ✓ בטורים "כן" או "לא" בצד כל סעיף והשלם כנדרש

| הסעיף | סמן ✓ | |
|---|-------|----|
| | כן | לא |
| 1. תנאי החזקת הסוס (תא, חצר, מרעה), פרט - | | |
| 2. האם קיימת הספקה רציפה של מים טריים ונקיים | | |
| 3. הסוס מוחזק בתנאים נאותים ללא מפגעי בטיחות בולטים. אם התשובה לא, נא פרט - | | |

ד. ממצאי בדיקת הסוס - סמן ✓ בטורים במקומות המתאימים והשלם כנדרש

| | סמן ✓ | | בדיקת הסוס | סמן ✓ | |
|----------------------------------|-------|----|---|-------|----|
| | כן | לא | | כן | לא |
| 6. יש היסטוריה של דימומים מן האף | | | <input type="checkbox"/> משקל תקין <input type="checkbox"/> משקל חסר <input type="checkbox"/> משקל עודף | | |
| 7. הסוס משתעל באורווה | | | 1. עיניים וראייה תקינות | | |
| 8. הסוס משתעל בתנועה | | | 2. טמפרטורת גוף נורמלית | | |
| 9. ריריות וקשרי לימפה תקינים | | | 3. קצב ואופי נשימה נורמליים | | |
| 10. נוסחת שיניים מלאה לגיל | | | 4. קולות נשימה פתולוגיים | | |
| 11. שיניים במצב תקין | | | 5. יש הפרשות לא תקינות מן האף | | |

ה. המשך - ממצאי בדיקת הסוס - סמן ✓ בטורים במקומות המתאימים והשלם כנדרש

| | סמן ✓ | | בדיקת הסוס | סמן ✓ | |
|--|-------|----|--|---------------------------------|---------------------------------|
| | כן | לא | | כן | לא |
| 33. לגבי נקבה - האם הרה? | | | 12. קצב לב תקין | | |
| 34. לגבי נקבה - יש היסטוריה של הפלות / קשיי המלטה / עצירת שיליה | | | 13. הפרעות קצב פתולוגיות | | |
| 35. לגבי סוסה הרה - האם יש סיבות, הקשורות לסוסה, העלולות לשבש המלטה תקינה | | | 14. קולות מעי תקינים | | |
| | | | 15. צאזה נורמלית | | |
| 36. יש לקיוות עור | | | 16. אירועי Colic בשנה האחרונה | <input type="checkbox"/> 0 יותר | <input type="checkbox"/> 1 יותר |
| 37. מחוסן בחיסון כלבת בר-תוקף | | | 17. נותח ניתוח בטן בעבר, אם כן רשום מתי- _____ | | |
| 38. מחוסן בחיסון טטנוס בר-תוקף | | | 18. נותח ניתוח אחר בעבר, אם כן רשום מתי- _____ | | |
| 39. חוסן לשפעת בשנה האחרונה | | | 19. יש סימנים או היסטוריה של laminitis | | |
| 40. חוסן להרפס בשנה האחרונה | | | 20. יש נפיחות / עיבוי / חוסר סימטריה באחת או יותר מן הרגליים | | |
| 41. חוסן לקדחת הנילוס המערבי בשנה האחרונה | | | 21. קיימת רגשות למישוש לאורך הרגליים | | |
| 42. האם הסוס מקבל / קיבל טיפול תרופתי ב- 3 החודשים האחרונים? פרט _____ | | | 22. יש שינויים בלתי הפיכים נראים לעין או במישוש של הגידים או של העצמות | | |
| | | | 23. יש באיזור כלשהו של הגוף או הרגליים, לקויות העלולות לגרום לכאב זמני או קבוע או להפריע לפעילות הגופנית | | |
| | | | 24. האגן סימטרי | | |
| 43. מטופל באורח סדיר כנגד תולעי מעיים | | | 25. קיימת לקות או סיבה לכאב כרוני שעלולה להוביל להמתת חסד | | |
| 44. למיטב ידיעתך, האם קיימת מחלה מדבקת באורווה או בסביבתה? | | | 26. יש סימנים של blistering | | |
| 45. יש עדות למחלה זיהומית / אחרת בסוס הנבדק | | | 27. בוצע חיתוך עצב ברגליים | | |
| 46. הסוס מוחזק ואוכל על חול | | | 28. הסוס צולע בטרט בקו ישר על משטח קשה | | |
| 47. קיימת עדות או היסטוריה של בליעת אוויר | | | 29. הסוס sound בטרט במעגל לשני צדדים על משטח רך | | |
| 48. סייחים צעירים - לגבי סייח הצעיר מִבִּיל 6 חודשים: <input type="checkbox"/> ההמלטה היתה תקינה כולל יניקת קולוסטרום <input type="checkbox"/> לסייח יש מומים מולדים <input type="checkbox"/> הסייח טופל לפחות פעמיים בהפרש של שבועיים או יותר <input type="checkbox"/> בתכשיר רחב טווח נגד תולעים, במינון מתאים | | | 30. יש היסטוריה של תגובות רגשות יתר | | |
| | | | 31. לגבי זכר - האם מסורס? | | |
| | | | 32. זכר לא מסורס - שני האשכים נורמליים במישוש? | | |

ו. המשך בדיקת הסוס - למילוי רק בכיטוח אובדן כושר תאונתי

| בדיקת הסוס | סמן ✓ | | בדיקת הסוס | סמן ✓ | |
|--|-------|----|--|-------|----|
| | כן | לא | | כן | לא |
| 8. האם קיימת עדות או היסטוריה של אחת או יותר מההתנהגויות (אם כן, הקף בעיגול): weaving / pawing / headshaking | | | 1. Slap test תקין | | |
| | | | 2. זוויות Hoop-Pastern תקינות | | |
| 9. האם קיימת לקות מבנה משמעותית? | | | 3. מבנה פרסי לקוי | | |
| 10. האם הסוס סובל מבעיות גב? | | | 4. פרסה יבשה / או סדוקה | | |
| 11. האם קרה אירוע של Tying-up syndrome? | | | 5. הסוס Sound בטרט במעגל ל- 2 צדדים על משטח קשה | | |
| 12. האם הסוס צלע בחצי השנה האחרונה? | | | 6. האם הקאנטר של הסוס תקין ל- 2 הצדדים במעגל על משטח רך? | | |
| 13. האם הסוס מתחרה בלא מגבלות בשנה האחרונה? | | | 7. פרסה מאוזנת בשני המישורים | | |

ז. הסברים בגין ממצאים על בדיקת הסוס

נא להשלים את כל הפרטים לגבי הסעיפים הדורשים הסבר או פירוט בחלקים ד' ו-ה' לעיל (רשום בראש השורה את מספר החלק והשאלה לעיל)

ח. פרטים נוספים

נא לצרף תוצאות בדיקת דם (המטולוגיה ביוכימיה) לגבי סוס בגיל 15 שנים ויותר.
האם קיימים ממצאים נוספים אשר לדעתך עשויים להיות רלוונטיים לצורך ביטוח זה? אם כן, פרט -

ט. פרטי הווטרינר הבודק

| | | | |
|---------------|------------|---|-----------------------|
| שם הווטרינר | מסי הרשיון | האם אתה הווטרינר הקבוע המטפל בסוס? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן | כמה זמן הסוס בטיפולך? |
| מסי הטלפון | מספר הנייד | מספר הפקס | |
| כתובת המגורים | | דוא"ל | @ |

הצהרת הווטרינר

כל הפרטים שמילאתי נכונים

חתימה X

תאריך