

WATINCO sprl

14 rue des moulins 5340 GESVES
tel 0475 53 09 43 fax 083 678 500 email : assurances@watinco.be
FSMA 109755A

tous les renseignements sur les formules et les tarifs, sur demande ou sur www.watinco.be

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ASSURANCE CHEVAUX

CIRCLES EQUINE

à remplir **DE MANIERE LISIBLE ET COMPLETE** par le preneur d'assurance

1- PRENEUR D'ASSURANCE

Nom du preneur			
Date de naissance			
Adresse + CP + localité			
Telephone		Fax	
Adresse E-mail			

2- CONDITIONS DE L'ASSURANCE

Valeur pour laquelle vous voulez assurer votre cheval en euros	
Etendue territoriale : par défaut = nationale Extensions : Union Européenne ou Monde entier Précisez votre choix svp	
Date d'entrée en vigueur des garanties Par défaut : immédiatement compte tenu des périodes de carence Dans le futur : précisez la date à laquelle le contrat doit entrer en vigueur	
Le fractionnement semestriel est autorisé si la prime annuelle > 500 € Le fractionnement trimestriel est autorisé si la prime annuelle > 1000 € Votre choix :	Annuel Semestriel trimestriel

3-GARANTIES

SILVER Décès par accident et maladie + chirurgies d'urgence en vue de sauver un cheval dont le pronostic vital est engagé.	Oui – non
PLATINIUM Décès par accident et maladie + frais vétérinaires (y compris les urgences chirurgicales)	Oui – non
DIAMOND = platinumium + perte de jouissance (sous conditions)	Oui – non
Faut-il prévoir une couverture en responsabilité civile / protection juridique ?	Oui – non
Faut-il prévoir une couverture accidents du cavalier	Oui – non

3- CHEVAL ASSURE

Nom du cheval	
Race	
Sexe	
Date de naissance	
Couleur	
N° puce électronique	
Utilisation (discipline la plus risquée)	

Si obstacle précisez la hauteur habituelle du saut	Moins de 90 cm Plus de 90 cm
--	---------------------------------

Coordonnées de l'écurie	
-------------------------	--

4- PASSE MEDICAL DU CHEVAL

Précisez les problèmes de santé (maladies, accidents, coliques, boiteries, chirurgies) que le cheval aurait éventuellement connus durant les 12 derniers mois	
---	--

5- RENSEIGNEMENTS GENERAUX

NOM DU VETERINAIRE HABITUEL	
-----------------------------	--

Provenance du cheval	<ul style="list-style-type: none"> - Acheté - Né chez vous - Je n'en suis pas le propriétaire
----------------------	--

Si vous avez acheté ce cheval	<ul style="list-style-type: none"> - Prix : - Date d'achat :
-------------------------------	--

6- DIVERS

Commentaires	
Informations	<p><u>Exclusions principales Circles Group</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -frais de transport vers un cabinet vétérinaire ou clinique / frais de déplacement du vétérinaire / frais administratifs. -frais de revalidation -frais dentaires sauf si accident -maladies dégénératives : -athaxies liées à des lésions des vertèbres / OCD / syndrome naviculaire et plus largement toute affection de la 3è phalange, en ce compris son articulation et les formations anatomiques environnantes (fracture, fourbure ≠ naviculaire) -rhinopneumonie -tout problème antérieur à la souscription -compléments alimentaires, vitamines et oligo-éléments -matériel médical et paramédical de confort du cheval. -Acuponcture et homéopathie-frais. <p><u>Période d'indemnisation d'un sinistre</u> 6 mois à dater de la survenance du sinistre.</p>

	<p><u>Délais de carence Circles group</u> A dater de la réception du paiement de la prime : 24 heures pour les accidents 24 heures pour les coliques 30 jours pour les maladies 120 jours pour les tendinites, arthrose et arthrite non traumatiques</p> <p><u>Franchises</u> 350 euros par sinistre (pas de franchise sur la Silver) plafond platinum/diamond = 10.000 € par sinistre plafond silver = 4.000€ par sinistre 50 % sur l'imagerie médicale (radios, IRM, scintigraphie, échographie...)</p>
Compléments d'informations	<p>Je dispose de toutes les informations nécessaires pour prendre la décision de souscrire.</p> <p>J'aimerais avoir plus d'informations concernant :</p>

Date :

Signature :

CERTIFICAT DE BONNE SANTEDocument à renvoyer complété à assurances@watinco.be**COORDONNÉES DU PROPRIÉTAIRE DU CHEVAL**

Nom et prénom :

INFORMATIONS RELATIVES AU CHEVAL

Nom du cheval :

Numéro de Microchip :

Date de naissance :

CERTIFICAT

Je soussigné, docteur en médecine vétérinaire, certifie que le cheval dont coordonnées ci-dessus, n'a pas souffert de pathologies ou de blessures au cours des 24 derniers mois.

Dans le cas contraire, je précise que ce cheval a souffert de :

Pathologie ou blessure	date	État actuel	Pronostic

Coordonnées du vétérinaire :

Date

signature