

**Formulaire de première souscription  
Assurance Urgence Coliques Chirurgicales**

**Merci de remplir tous les champs lisiblement et en MAJUSCULES.**  
Veuillez transmettre ce document à WATINCO, Rue des Moulins 14, 5340 GESVES  
par fax au +32 (0) 83 67 85 00 ou email à [assurances@watinco.be](mailto:assurances@watinco.be)

**Identité du preneur d'assurance :**

à remplir par le preneur d'assurance

Groupement ou association : \_\_\_\_\_

N° affiliation : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Localité : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**Désignation du cheval ou poney à couvrir :**

Nom du cheval	Date de naissance	Robe et sexe	N° puce électronique

Déjà assuré l'année précédente :      Oui / Non

Je soussigné, atteste sur l'honneur que :

- à ma connaissance, le cheval n'a jamais souffert de coliques ou d'un autre problème gastro-intestinal et que le cheval est actuellement en bonne santé
- toutes les données fournies sont correctes et qu'aucune information qui pourrait influencer l'assurabilité de mon cheval n'a été retenue
- je prends connaissance du délai de carence de 30 jours comme stipulé dans les conditions générales, délai durant lequel mon cheval n'est pas couvert
- j'ai lu et que j'accepte les conditions générales applicables à l'année en cours, consultables sur [Horselife.be](http://Horselife.be)**
- j'accepte que toute correspondance en provenance de Horselife soit également transmise à mon adresse email**

**Date et signature du preneur :**