

# WATINCO

14 rue des moulins 5340 GESVES  
tel 0475 53 09 43 fax 083 678 500 email : assurances@watinco.be  
rcn 63296 OCA 27931

tous les renseignements sur les formules et les tarifs, sur demande ou sur [www.watinco.be](http://www.watinco.be)

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ASSURANCE CHEVAUX

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

### 1- PRENEUR D' ASSURANCE

|                        |  |     |  |
|------------------------|--|-----|--|
| Nom du propriétaire    |  |     |  |
| Adresse                |  |     |  |
| Code postal + localité |  |     |  |
| Telephone              |  | Fax |  |
| Adresse E-mail         |  |     |  |
| Date de naissance      |  |     |  |
| Profession             |  |     |  |
| Recommandé par         |  |     |  |

### 2- CONDITIONS DE L'ASSURANCE

|   |               |                   |                    |                |
|---|---------------|-------------------|--------------------|----------------|
| <b>Valeur totale pour laquelle vous voulez assurer votre cheval</b> | <b>euros</b>  |                   |                    |                |
| <b>Paiement de prime</b>  | <b>Annuel</b> | <b>semestriel</b> | <b>trimestriel</b> | <b>mensuel</b> |

|  |           |   |           |
|--|-----------|---|-----------|
| D (mortalité) + couverture opération coliques ou fracture grave<br><b>Valeur à assurer € .....</b> | Oui – non | vol   | Oui – non |
| DOV (mortalité + dépréc. par accident)<br><b>Valeur à assurer € .....</b>                          | Oui – non | Frais vétérinaires limitée : dans une clinique vétérinaire agréée | Oui – non |
| ODA (mortalité + dépréc. par maladie et accident)<br><b>Valeur à assurer € .....</b>               | Oui – non | Frais vétérinaires étendue : chez n'importe quel vétérinaires     | Oui – non |
| UV (mortalité + dépréc. tous motifs)<br><b>Valeur à assurer € .....</b>                            | Oui – non | Autres formules   |           |

### 3- CHEVAL ASSURE

|  |  |
|--|--|
| NOM DU CHEVAL  |  |
| RACE   |  |
| SEXE   |  |
| DATE DE NAISSANCE  |  |
| COULEUR  |  |
| N° INSCRIPTION STUD-BOOK   |  |
| N° PUCE ELECTRONIQUE   |  |
| UTILISATION  |  |
| SIGNES DISTINCTIFS<br>Pas nécessaire si le numéro de puce électronique est connu |  |

|  |  |
|--|--|
| PALMARES                                 |  |
| MONTANT TOTAL GAGNE LORS DE COMPETITIONS |  |
| ENTRAINEUR                               |  |
| PERE<br>MERE                             |  |
| ADRESSE DU BOX                           |  |

#### 4- VETERINAIRE

|   |  |
|---|--|
| NOM DU VETERINAIRE                      |  |
| ADRESSE COMPLETE DU VETERINAIRE         |  |
| TELEPHONE - GSM - FAX                   |  |
| DISTANCE ENTRE SON DOMICILE ET L'ECURIE |  |

#### 5- RENSEIGNEMENTS GENERAUX

|   |   |
|---|---|
| Le cheval est-il mis en écurie la nuit ?<br>Si oui, à quel endroit ?  |   |
| A qui avez-vous acheté ce cheval ?  |   |
| Pour quel montant avez-vous acheté ce cheval ?  |   |
| A quelles disciplines le destinez-vous<br>(barrez les mentions inutiles)                                      | complet<br>trot<br>course<br>saut<br>dressage<br>autres : |
| Le cheval est-il en parfaite santé ?  |   |
| Le cheval a-t-il été en traitement vétérinaire, si oui quand et pourquoi ?                                    |   |
| Le cheval s'en est-il entièrement remis ?   |   |
| A-t-il déjà souffert de coliques, si oui, quand ?   |   |
| A-t-il été marqué au fer rouge ?  |   |
| Règne-t-il actuellement dans votre région, un maladie contagieuse ou une infection virale ? Si oui laquelle ? |   |

|   |  |
|---|--|
| La région a-t-elle récemment été touchée par ce type de maladie ou infection ? Si oui laquelle et quand ? |  |
| Depuis combien de temps ce cheval est-il en votre possession ?  |  |
| A-t-il été importé et dans l'affirmative de quel pays ?   |  |

|  |  |
|--|--|
| Le cheval est-il actuellement assuré ?   |  |
| A-t-il été assuré par le passé, si oui veuillez nous donner un maximum de précisions s.v.p.  |  |
| Etes-vous propriétaire de plusieurs chevaux, si oui combien et de quelle(s) race(s) ?  |  |
| Ceux-ci sont-ils assurés, si oui où, si non, pourquoi ?  |  |
| Combien de chevaux avez-vous perdus durant les 12 derniers mois ?  |  |
| Date et circonstances pour chacun de ces chevaux perdus ?  |  |
| Avez-vous déjà été indemnisé dans le cadre d'une police analogue, si oui par quelle compagnie ?  |  |
| Y a-t-il d'autres renseignements que ceux mentionnés ci-dessus, susceptibles d'être importants pour l'acceptation du présent dossier ? |  |

#### 6- CONCERNE UNIQUEMENT LES JUMENTS POULINIÈRES

|  |  |
|--|--|
| Votre jument est-elle pleine ?   |  |
| Combien de poulains votre jument a-t-elle déjà portés ?                                  |  |
| A-t-elle déjà mis bas un poulain mort-né ?<br>Si oui quand et quelle en était la cause ? |  |
| Jusqu'à quel âge peut-elle porter ?  |  |
| La jument est-elle également utilisée à d'autres fins que l'élevage, si oui lesquelles ? |  |

#### 7- CONCERNE UNIQUEMENT LES ÉTALONS

|   |  |
|---|--|
| Votre étalon a-t-il déjà fait ses preuves de bon reproducteur ?                                     |  |
| Quand commence la période d'accouplement ?  |  |
| Dans quelles conditions a-t-il lieu ?   |  |
| Quelle est le montant des frais de saillie et de mise bas ?   |  |
| Nombre de saillies durant cette année ?   |  |
| Nombre de saillies au cours de la saison écoulée ?  |  |
| Pour combien d'années votre étalon a-t-il été jugé propre à la reproduction et par quel Stud-book ? |  |
| Votre étalon a-t-il déjà fait l'objet d'un dépistage antituberculeux ? si oui, où et quand ?        |  |
| L'étalon est-il utilisé à d'autres fins que l'élevage<br>Si oui lesquelles ?                        |  |

## 8 – DECLARATION DE BONNE FOI

Avez-vous à signaler des faits relevant du droit pénal vous concernant ou un assuré, et qui se seraient produits au cours des 8 dernières années, ou d'autres faits (concernant tant le risque à couvrir que la personne du demandeur et/ou assuré) et qui pourraient être importants pour l'étude de la présente demande ?

Au cours des dernières années, une de vos assurances a-t-elle été résiliée ou refusée ?  
Si oui, veuillez donner des détails :

En vertu de l'article 251 du Code de Commerce Néerlandais, un contrat d'assurance peut être invalidé si la présente demande comporte des déclarations inexactes ou incomplètes (bref, en cas d'omissions). Votre obligation de fournir des renseignements comprend ceux dont la compagnie peut avoir besoin pour l'évaluation du risque à couvrir (et la personne du demandeur et/ou de l'assuré). Toute omission entraîne pour la compagnie, le droit d'invoquer, le cas échéant, l'invalidité du contrat et de refuser éventuellement le paiement d'indemnisations.

Vous reconnaissez avoir été expressément informé via le document 'offre d'assurances équestres' ou via consultation du site [www.watinco.be](http://www.watinco.be) de la portée et des limites de la formule d'assurance et des garanties que vous avez choisies en 1<sup>ère</sup> page du présent formulaire de demande.

Date :

Signature :

# WATINCO

14 rue des moulins

5340 GESVES

équestres

tel 0475 53 09 43 fax 083 67 85 00

rcn 63296 oca 27931

site : [www.watinco.be](http://www.watinco.be)

email : [assurances@watinco.be](mailto:assurances@watinco.be)

Notre spécialité :

tous les risques liés à la pratique des sports

Nous assurons le cavalier (sa personne et ses responsabilités), son cheval, son matériel et tous les professionnels du monde équestre



## ASSURANCE CHEVAUX : RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

merci de faire remplir ce document par le vétérinaire de votre choix  
à nous renvoyer dans les 6 semaines de la date du rapport

DE MANIERE LISIBLE ET COMPLETE

### PROPRIETAIRE

|                     |  |
|---------------------|--|
| Nom du propriétaire |  |
| Adresse             |  |
| Localité            |  |
| Téléphone           |  |

### CHEVAL ASSURE

|               |  |      |  |
|---------------|--|------|--|
| Nom du cheval |  | Age  |  |
| Race          |  | Sexe |  |
| Signalement   |  |      |  |

### ASPECT GENERAL

|              |  |
|--------------|--|
| Silhouette   |  |
| Alimentation |  |
| Peau + robe  |  |

### TETE

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Muqueuses             |  |
| Yeux                  |  |
| Naseaux (écoulements) |  |
| Bouche                |  |
| Dentition             |  |

### APPAREIL RESPIRATOIRE

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Rythme respiratoire /minute à l'état de repos |  | Rythme respiratoire après 10 min. de trot |  |
| Rétablissement après ...minutes               |  | Type de respiration                       |  |
| Rythme cardiaque + système circulatoire       |  | Toux spontanée                            |  |
| Bruits aspiratoires et expiratoires           |  | Toux artificielle                         |  |

### APPAREIL DIGESTIF

|   |  |
|---|--|
| Y a-t-il des symptômes d'une affection quelconque ? |  |
| Si oui laquelle ?                                   |  |

### APPAREIL URO-GENITAL

|  |  |
|--|--|
| Y a-t-il des anomalies morphologiques et/ou fonctionnelles ? |  |
| Si oui, lesquelles ?   |  |

### EXAMEN DES ALLURES

|   |                 |  |
|---|-----------------|--|
| Au pas sur terrain dur                          | en ligne droite |  |
|   | à main gauche   |  |
|   | à main droite   |  |
| Au trot sur terrain dur                         | en ligne droite |  |
|   | à main gauche   |  |
|   | à main droite   |  |
| Au galop, travail à la longe sur terrain meuble |                 |  |

### ESSAI DE SOUPLESSE DE L'ARTICULATION DU PIED

|                          |      |  |
|--------------------------|------|--|
| Flexion                  | A.G. |  |
|                          | A.D. |  |
| Résultat après 10 mètres | A.G. |  |
|                          | A.D. |  |

### APPAREIL LOCOMOTEUR

|          |                     |  |
|----------|---------------------|--|
| Position | jambes antérieures  |  |
|          | jambes postérieures |  |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Qualité des pieds antérieurs   |  |
| Forme et symétrie              |  |
| Croissance de la corne         |  |
| Développement de la fourchette |  |
| Concavité des talons           |  |
| Percussion des ferrures        |  |
| Examen des ferrures            |  |

|  |  |
|--|--|
| Examen des ferrures des pieds arrières       |  |
| Examen et palpation de toute la jambe        |  |
| Antérieure gauche                            |  |
| Antérieure droite                            |  |
| Postérieure gauche                           |  |
| Postérieure droite                           |  |
| Percussion boulet et sésamoïdes A.G.<br>A.D. |  |

|  |  |
|--|--|
| Mouvement des jambes postérieures en ligne droite et en serpentine |  |
| Attitude au saut   |  |

|  |  |
|--|--|
| test de flexion gauche<br>droite       |  |
| Genoux                                 |  |
| Fonctionnement rotule gauche<br>droite |  |
| Tonus caudal                           |  |

**PARTICULARITES**

|  |  |
|--|--|
| Le cheval porte-t-il des plaies et/ou des cicatrices ? |  |
| Si oui, quelle a pu en être la cause ?                 |  |

|   |  |
|---|--|
| Précisions sur la nature et l'emplacement de la blessure ou de la cicatrice ?   |  |
| Quelles peuvent être les conséquences de cette blessure ou de cette cicatrice ? |  |

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Le cheval a-t-il déjà été opéré ? |  |
| Date et motifs                    |  |

|   |  |
|---|--|
| Le cheval présente-t-il des vices moraux au box ? |  |
| Si oui, description                               |  |

**REMARQUES EVENTUELLES**

|  |
|--|
|  |
|--|

Le soussigné atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Date :

Signature :

**NOM, ADRESSE ET SIGNATURE DU VETERINAIRE**

|  |
|--|
|  |
|--|

