

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

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

Valeur totale pour laquelle vous voulez assurer votre cheval				euros
Paiement de prime	Annuel	semestriel	trimestriel	mensuel

Assurance étalon d'élevage : Mortalité et stérilité permanente par suite de maladie ou d'accident	Oui - non	Frais vétérinaires limitée : dans une clinique vétérinaire agréée	Oui - non
Incapacité permanente de saillir des suites d'une maladie ou accident (rapport d'analyse de sperme obligatoire)	Oui - non	Frais vétérinaires étendue : chez n'importe quel vétérinaires	Oui - non
vol	Oui -non		

3- CHEVAL ASSURE

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

MONTANT TOTAL GAGNE LORS DE COMPETITIONS	
ENTRAINEUR	
PERE 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 ? 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 (barrez les mentions inutiles)	complet trot course saut dressage 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 ? 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 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 de la portée et des limites de la formule d'assurance et des garanties que vous avez choisies en 1^{ère} 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

email : 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. A.D.	

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

test de flexion gauche droite	
Genoux	
Fonctionnement rotule gauche 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

--

