

Formulaire de demande de souscription d'assurance opération/castration

FAVO-010714

Partie à compléter par le propriétaire (le propriétaire est tenu de remplir ci-dessous. Sinon, il n'est pas possible d'assurer.)

Nom H/F _____ Numéro de dossier _____
 Adresse _____ Code postal/localité _____
 Pays _____ E-mail _____
 Téléphone privé _____ Téléphone mobile _____
 IBAN nombre _____ BIC nombre _____

Mandat de prélèvement SEPA

Nom : Xcellent Horse Insurance B.V.
 Adresse : Postbus 2300 Code postal : 5202 CH
 Ville : 's Hertogenbosch Pays : Nederland
 Code identifiant du débiteur : NL73ZZZ160660080000
 Référence unique de mandat : Il est délivré par nous lors de la réception.
 Raison d'autoriser : Paiements pour l'assurance/services.

En signant ce formulaire de mandat vous autorisez Xcellent Horse Insurance B.V. à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Xcellent Horse Insurance B.V..

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée:

- Dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Ville _____ Date _____ Signature _____

Données du cheval

Nom du cheval _____
 Sexe Etalon Hongre Jument Date de naissance _____ Hauteur au garrot _____
 Race / origine _____ Robe _____
 Numéro de pedigree _____ Numéro de puce électronique _____

Valeur assurée € _____

Le client est au courant de l'étendue de la couverture Oui Non

Partie à compléter par le vétérinaire

Anamnèse anesthésiologique
 Première sédation Oui Non inconnue, déroulement: _____
 Première anesthésie Oui Non inconnue, déroulement: _____
 Maladies lors des 6 derniers mois _____

Médication actuelle _____

Hypersensibilité aux produits pharmaceutiques _____

Maladie chronique _____

Après avoir complété les deux faces de ce formulaire, prière de le renvoyer à l'adresse ci-dessous.

Xcellent Horse Insurance B.V.

Europalaan 14a, 5232 BC 's-Hertogenbosch NL | P.O. Box 2300, 5202 CH 's-Hertogenbosch NL
 T +31 73 6 419 419 | info@Xcellenthorse.com | www.Xcellenthorse.com
 IBAN NL59ABNA0631666117 | BIC ABNANL2A | Chamber of Commerce 16066008 | AFM 12017807
 Xcellent Horse Insurance B.V. is a business unit of W.A. Hienfeld Holding B.V.

Examen pré-anesthésique

Alimentation bonne insatisfaisante, remarques

Morphologie et état général normaux insatisfaisante, remarques

Peau et robe bonne insatisfaisante, remarques

Muqueuses bonne insatisfaisante, remarques

Ganglions lymphatiques bonne insatisfaisante, remarques

Yeux bonne insatisfaisante, remarques

Locomotion régulière boiteuse, nature et endroit: ataxie

Particularités bonne insatisfaisante, remarques

Pouls qualité

Examen cardiaque normaux insatisfaisante, remarques

Fréquence et type de souffle qualité

Examen des poumons normaux insatisfaisante, remarques

Veines jugulaires gauche, droite normaux insatisfaisante, remarques

Température °C

Examens complémentaires

Non Oui (si oui, prière de joindre à ce document les résultats ou une copie lisible de ceux-ci.)

Examen sanguin ECG/échocardiographie Examen neurologique Bilan internistique Examen orthopédique

Classification ASA 1/2/3/4/5

Données cliniques

Nom Adresse

Code postal/ Localité Téléphone

Téléphone mobile E-mail

Chirurgien Anesthésiste

Indication opératoires

Méthode d'anesthésie Debout sous sédation et analgésie locale
 Anesthésie intraveineuse
 Anesthésie volatile

Surveillance ECG Capnographie Pression artérielle invasive

Date de l'opération Durée prévue de l'opération

La clinique est au courant des conditions de l'assurance opération Xcellent Horse Insurance B.V.? Oui Non

Signature du vétérinaire Accord Xcellent Horse Insurance B.V.

Date Date