Certificat de gestation – Couverture Fœtus

Document à renvoyer complété à assurances@watinco.be

COORDONNÉES DU PROPRIÉTAIRE DU CHEVAL

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone : .....

Adresse e-mail : .....

INFORMATIONS RELATIVES A LA JUMENT GESTANTE

Nom du cheval : .....

Numéro de Microchip : .....

Date de naissance : .....

Etes-vous propriétaire de la poulinière? ❑ Oui ❑ Non, veuillez mentionner les coordonnées du propriétaire ?

Quelle est l'adresse de l'écurie où se trouve poulinière pendant la période de gestation et d'allaitement ?

INFORMATIONS RELATIVES A LA GESTATION

Date de la saillie : .....

Date présumée de la naissance : .....

Evolution : .....

JE SOUSSIGNE Docteur .....atteste avoir examiné la jument ci – dessus nommé, avoir échographié le fœtus et confirme le .....éme mois de gestation et la bonne évolution du futur poulain.

REMARQUES EVENTUELLES : .....

Coordonnées du vétérinaire : .....

Date :..... Signature :

T: +352 26 45 87 92 F: +352 26 45 87 93 Numéro Commassu: 2001CM0005 - www.circlesgroup.com - info@circlesgroup.com
41, Avenue de la Gare - L-1611 Luxembourg