

WATINCO sprl

14 rue des moulins 5340 GESVES

tel 0475 53 09 43 email : assurances-equestres@watinco.be

FSMA 109755A

tous les renseignements sur les formules et les tarifs, sur demande ou sur www.watinco.be

SOUSCRIPTION A L'ASSURANCE CHEVAUX DE CIRCLE EQUINE

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

1-LE PRENEUR

Nom du preneur Date de naissance			
Adresse + CP + localité			
Telephone		Fax	
Mon adresse mail courante pour toute correspondance avec Watinco. Ne rien mentionner si vous souhaitez une correspondance postale.			

2- CHEVAL ASSURE

Nom du cheval	
Race	
Sexe	
Date de naissance	
Couleur	
N° puce électronique	
Utilisation (discipline la plus risquée) Si obstacle précisez la hauteur habituelle du saut (+ ou – de 90 cm)	

3-FORMULE

Cheval de coeur	Oui
Faut-il prévoir une couverture en responsabilité civile / protection juridique ?	Oui – non
Faut-il prévoir une couverture accidents du cavalier	Oui – non

Watinco Assurances Equestres BE 0842 126 977

14 rue des Moulins B-5340 Gesves tel +32 (0)475 53 09 43

assurances-equestres@watinco.be www.watinco.be

4- CONDITIONS DE L'ASSURANCE

Valeur pour laquelle vous voulez assurer votre cheval en euros Plafonds : 3000€ à 18 ans, 2000€ à 19 ans, 1000€ à 20 ans, 1€ à partir de 21 ans	Euros
Etendue territoriale : par défaut = nationale Extension : Union Européenne	
Date d'entrée en vigueur des garanties Par défaut : immédiatement compte tenu des périodes de carence Dans le futur : précisez la date à laquelle le contrat doit entrer en vigueur	

5- PASSE MEDICAL DU CHEVAL

J'atteste sur l'honneur que le cheval dont coordonnées ci-dessus, n'a pas souffert de pathologies ou de blessures au cours des 24 derniers mois. Le preneur d'assurance doit déclarer toutes les circonstances connues par lui qui constituent des éléments d'appréciation du risque.				Oui j'atteste
Maladie ou blessure	date	Etat actuel	Pronostic	Non Je précise que le cheval a souffert de :

6- RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Nom du vétérinaire habituel	
Coordonnées de l'écurie	
Provenance du cheval	Acheté Né chez vous Je n'en suis pas le propriétaire
Si vous avez acheté ce cheval. Si le prix d'achat est inférieur à la valeur assurée, merci de nous fournir les arguments objectifs	Prix : Date d'achat : <u>Vos arguments :</u>

7- INFORMATIONS IMPORTANTES

Délais de carence Circles group

A dater de la réception du paiement de la prime :

24 heures pour les coliques

1 an pour les frais d'équarrissage

Franchises

250 euros

plafond d'intervention = 4.000 €

8-EN CONCLUSIONS

Je dispose de toutes les informations nécessaires pour prendre la décision de souscrire.

Ce formulaire n'est pas une demande de devis mais un engagement à souscrire à l'assurance. Si à la réception du contrat celui-ci ne devait vous convenir, vous pourrez y renoncer en nous en avertissant par écrit dans les 10 jours, sans frais ni engagement.

J'aimerais avoir plus d'informations concernant :

J'accepte que les réponses à toutes les questions qui précèdent soient sauvegardées dans le fichier clients de Watinco. Aucune de ces données ne sera transmise à des tiers à l'exception des assureurs concernés.

J'atteste avoir connaissance que toute omission ou inexactitude intentionnelle est sanctionnée par la nullité du contrat, avec effet rétroactif (CF.ar 59 de la loi).

Date :

Signature :

Commentaires ou informations complémentaires :



CERTIFICAT DE BONNE SANTE

Document à renvoyer complété à assurances@watinco.be

COORDONNÉES DU PROPRIÉTAIRE DU CHEVAL

Nom et prénom :

INFORMATIONS RELATIVES AU CHEVAL

Nom du cheval :

Numéro de Microchip :

Date de naissance :

CERTIFICAT

Je soussigné, docteur en médecine vétérinaire,

- déclare être ou ne pas être le vétérinaire traitant pour ce cheval
- atteste que le cheval dont coordonnées ci-dessus, n'a pas souffert de pathologies ou de blessures au cours des 24 derniers mois.

Dans le cas contraire, je précise que ce cheval a souffert de :

Pathologie ou blessure	date	État actuel	Pronostic

Coordonnées du vétérinaire :

date

signature du vétérinaire