



## NOUVELLE DEMANDE D'ASSURANCE CHEVAUX DE CIRCLES

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			
Mon adresse mail courante pour toute correspondance avec Watinco.			

### 2- CHEVAL ASSURE

Nom du cheval	
Race	
Sexe	
Date de naissance	
Couleur	
N° puce électronique (pas l'UELN)	
Utilisation (s) Si obstacle précisez la hauteur habituelle du saut (+ ou - de 90 cm)	

### 3-FORMULE

SILVER LIGHT Chirurgie coliques 3500€ contre prime de 125€	Oui – non
SILVER Décès par accident et maladie + hospitalisation coliques avec ou sans chirurgie	Oui – non
SILVER PLUS Décès par accident et maladie + hospitalisation coliques avec ou sans chirurgie + hospitalisation chirurgie accident	Oui – non
PLATINIUM Décès par accident et maladie + frais vétérinaires cliniques ou ambulatoires	Oui – non
DIAMOND = platinum + perte de jouissance (sous conditions)	Oui – non
Faut-il prévoir une couverture en responsabilité civile / protection juridique ?	Oui – non
Faut-il prévoir une couverture accidents du cavalier	Oui – non

### 4- CONDITIONS DE L'ASSURANCE

Valeur pour laquelle vous voulez assurer votre cheval en euros <i>La valeur assurée doit correspondre à la valeur du cheval dans des conditions normales de marché. !!! La sur-assurance est interdite par la loi. Auquel cas, le contrat pourrait être considéré comme frauduleux et entraîner des poursuites pénales. Sous-assurer est autorisé et permet généralement de diminuer la prime !</i>	Euros
Etendue territoriale : par défaut = nationale Extensions : Union Européenne ou Monde entier (dans ce cas précisez ici svp)	
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	
Le fractionnement semestriel est autorisé si la prime annuelle > 500 € Le fractionnement trimestriel est autorisé si la prime annuelle > 1000 € Votre choix :	Annuel Semestriel trimestriel

#### 5- PASSE MEDICAL DU CHEVAL

Jatteste 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. <b>Le preneur d'assurance doit déclarer toutes les circonstances connues par lui qui constituent des éléments d'appréciation du risque.</b>				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.	Prix : Date d'achat :
Si le prix d'achat est inférieur à la valeur assurée, merci de nous fournir les arguments objectifs	<u>Vos arguments :</u>

#### 7- INFORMATIONS IMPORTANTES

<p><u>Exclusions principales Circles Group</u></p> <p>-frais de transport vers un cabinet vétérinaire ou clinique / frais de déplacement du Vétérinaire / frais administratifs. -frais de revalidation -frais dentaires -maladies dégénératives : -athaxies liées à des lésions des vertèbres / OCD / syndrome naviculaire et plus largement toute affection de la 3<sup>e</sup> phalange, en ce compris son articulation et les formations anatomiques environnantes (fracture, fourbure ≠ naviculaire) -maladies neurologiques -rhinopneumonie sauf si vaccination effectuée -tout problème antérieur à la souscription -compléments alimentaires, vitamines et oligo-éléments -matériel médical et paramédical de confort du cheval. -Acuponcture et homéopathie-frais.</p> <p><u>Période d'indemnisation d'un sinistre</u></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6 mois à dater de la survenance du sinistre.

Délais de carence Circles Group

A dater de la réception du paiement de la prime :

24 heures pour les accidents

24 heures pour les coliques

30 jours pour les maladies

180 jours pour les tendinites, arthrose, arthrite et boiteries non traumatiques

1 an pour les sarcoïdes et autres pathologies similaires ainsi que pour les ulcères gastriques

Franchises

350 euros par sinistre (pas de franchise sur la Silver)

plafonds platinum/diamond = 10.000 € par sinistre

500€ par an pour MTI, PRP, cellules souche

200€ par an pour laser et choc waves

250€ par an pour la maréchalerie

50 % sur l'imagerie médicale avec plafond annuel de 1400€

600€ pour le traitement des ulcères gastriques

plafond silver = 4.000€ par sinistre

50 % sur l'imagerie médicale (radios, IRM, scintigraphie, échographie...)

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 :

---

## NOUVELLE DEMANDE RC CHEVAL CIRCLES

Mon nom :	
Mon adresse complète :	
Mon téléphone :	
Mon adresse mail :	
Le nom de mon cheval :	
Son n° de chip :	
Formule choisie :	A B C

Date

signature

## NOUVELLE DEMANDE ACCIDENTS CAVALIER

### 1- PRENEUR D'ASSURANCE

NOM ET PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	
ADRESSE	
CODE POSTAL	
LOCALITE	
TELEPHONE / FAX	

### 2- ASSURE (si différent du preneur d'assurance)

NOM ET PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	
ADRESSE	
CODE POSTAL	
LOCALITE	
TELEPHONE / FAX	
ETAT PHYSIQUE : l'assuré souffre-t-il actuellement d'une infirmité ou maladie de nature à aggraver le risque ou toute autre atteinte importante à l'intégrité physique ? si oui laquelle ?	OUI / NON
ANTECEDENTS dates des accidents antérieurs	
Circonstances	
taux d'invalidité et séquelles	

**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**

Date

Signature