

WATINCO sprl

14 rue des moulins 5340 GESVES
tel 0475 53 09 43 fax 083 678 500 email : assurances@watinco.be
FSMA 109755A

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

SOUSCRIPTION A L'ASSURANCE **CASTRATION** 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- CONDITIONS DE L'ASSURANCE

| | |
|--|---|
| Valeur pour laquelle vous voulez assurer votre cheval en euros La valeur assurée doit correspondre à la valeur du cheval dans des conditions normales de marché. !!! La surassurance est interdite par la loi. Auquel cas, le contrat pourrait être considéré comme frauduleux et entraîner des poursuites pénales. Sousassurer est autorisé et permet généralement de diminuer la prime ! | Euros |
| Date de l'intervention de castration | |
| Coordonnées du vétérinaire ou de la clinique intervenant : | Jusqu'à 4.000€ de valeur assurée : tout vétérinaire équin Au-delà de 4.000€ : une clinique équine |

3-GARANTIES

| | |
|---|-----------|
| Décès dans les 30 jours de l'intervention des suites de la castration sans franchise. A l'exclusion de toutes autres garanties | Oui – non |
|---|-----------|

4- CHEVAL ASSURE

| | |
|----------------------|--|
| Nom du cheval | |
| Race | |
| Sexe | |
| Date de naissance | |
| Couleur | |
| N° puce électronique | |

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. Dans le cas contraire, je précise que ce cheval a souffert de : | | | | Oui – non |
| Maladie ou blessure | date | Etat actuel | Pronostic | |
| | | | | |
| | | | | |

6-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.

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 :

