

WATINCO sprl

14 rue des moulins 5340 GESVES

tel 0032 (0)475 53 09 43 email : assurances@watinco.be

BE 0842 126 977

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	
adresse mail courante 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 en dehors de la période de gestation	

3- 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 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 !	
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

4-GARANTIES

SILVER A- Décès par accident et maladie sans les chirurgies d'urgence B- Décès par accident et maladie avec les chirurgies d'urgence	A – B
PLATINIUM Décès par accident et maladie + frais vétérinaires (exclusion des frais liés à la gestation et à la naissance)	Oui – non
Faut-il prévoir une couverture en responsabilité civile / protection juridique ?	Oui – non
Faut-il prévoir une couverture du produit à naître à partir du 5 ^e mois de gestation	Oui – non
Date de la saillie ou transplantation	
Coût de la saillie/transplantation + frais liés	
Date présumée de la naissance	
Veillez me recontacter pour la conclusion de cette garantie vers la date du	

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. 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- 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 : Les assureurs se réservent le droit de demander une preuve d'achat en cas de sinistre.

7- INFORMATIONS IMPORTANTES

Exclusions principales Circles Group

- 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^e phalange, en ce compris son articulation et les formations anatomiques environnantes (fracture, fourbure ≠ naviculaire)
- rhinopneumonie
- tout problème antérieur à la souscription
- compléments alimentaires, vitamines et oligo-éléments
- matériel médical et paramédical de confort du cheval.
- Acupuncture et homéopathie-frais.

Période d'indemnisation d'un sinistre

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

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

Franchises

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

plafond platinum/diamond = 10.000 € par sinistre

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 :

Certificat de gestation – Couverture Fœtus

Document à renvoyer complété à votre courtier

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 :

Est-ce la première grossesse de votre jument pleine? Oui Non

La jument gestante a-t-elle déjà eu un poulain prématuré ? Oui Non

La jument gestante a-t-elle déjà eu un poulain mort-né ? Oui Non

La jument gestante a-t-elle déjà avorté ? Oui Non

La jument porte-t-elle des jumeaux? Oui Non

La jument a-t-elle déjà présenté, pendant la gestation ou après la naissance du poulain, des pathologies telles que complications à la mise bas, prolapsus de l'utérus ou fourbure ? Oui Non

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

Combien de juments gestantes possédez-vous ?

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 nommée, avoir échographié (image à annexer au certificat) le fœtus et confirme le ____ème mois de gestation et la bonne évolution du futur poulain.

REMARQUES EVENTUELLES :

Coordonnées du vétérinaire :

Date : Signature :