

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 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 electronique	

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 !	Euros
--	-------

4- DONNEES DU TRANSPORT

Transport par terre – mer - air	
Embarquement Date et lieu	
Débarquement Date et lieu	
Quarantaine	

Dates et lieu	
---------------	--

4-GARANTIES

SILVER Décès par accident et maladie + hospitalisation avec ou sans chirurgie coliques

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	
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-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, est apte à être transporté par terre – air - mer

J'émet des réserves relatives à :

Pathologie ou blessure	date	État actuel	Pronostic

Coordonnées du vétérinaire :

.....
.....
.....

Date

signature