

DECLARATION DE SANTE POUR L'ASSURANCE MORTALITE

NOM DU SOUSCRIPTEUR :

NOM DU CHEVAL :

NE LE :

PERE :

N° SIRE:

RACE :

MERE :

USAGE:

SEXE:

ROBE :

VALEUR D'ASSURANCE:

Le cheval désigné ci-dessus a-t-il au cours des 12 derniers mois :

1) Des yeux normaux, une respiration, une conformation et une locomotion normale ; un état de santé normal pour être assuré en Mortalité ? OUI NON

Si non, donner les détails :

2) Souffert de coliques ou de maladies en relation avec les coliques ? OUI NON

Si oui, donner les détails et la date :

L'animal a-t-il complètement récupéré ? :

3) Souffert d'autres maladies sérieuses, affections et/ou opérations chirurgicales ? OUI NON

Si oui, donner les détails et la date (joindre le rapport vétérinaire) :

L'animal a-t-il complètement récupéré ? :

4) Stationné dans une écurie ou un haras au sein duquel s'est déclarée une maladie contagieuse ou infectieuse au cours des 12 derniers mois ? OUI NON

Si oui, donner les détails et la date :

.....

5) Eu des feux, des vésicatoires, a-t-il été névrectomisé, opéré ou reçu un traitement pour boiterie, présenté de signes d'ataxie ? OUI NON

Si oui, donner les détails et la date :

L'animal a-t-il complètement récupéré ? :

6) Fait l'objet d'un traitement vétérinaire autre que la vaccination ? OUI NON

Si oui, donner les détails, date et nom du vétérinaire qui a effectué le traitement :

.....

L'animal a-t-il complètement récupéré ? :

7) Chevaux de Sport / Loisirs : Avez-vous connaissance de défauts ou problèmes physiques pouvant mettre en jeu dans le futur la garantie frais vétérinaires ? OUI NON

Si oui, donner les détails :

Je déclare être informé que, sans la production d'un certificat vétérinaire conforme, une carence de 45 jours sera applicable pour tout sinistre consécutif à une maladie.

Toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive, toute omission ou déclaration inexacte, faite par le proposant au sujet des éléments constitutifs du risque, connus de lui, entraîne l'application, suivant le cas, des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances.

Par la présente, je certifie et confirme que les déclarations sont correctes et exactes et qu'aucune information susceptible de modifier l'appréciation du risque pour l'assureur n'a été omise. Cette déclaration de santé est valable 15 jours suivant son établissement.

NOM :

SIGNATURE :

DATE :

Vous êtes :

LE PROPRIETAIRE

L'ENTRAINEUR

LE RESPONSABLE DU HARAS