

FORMULAIRE DE SOUSCRIPTION « Contrat Mortalité des Chevaux »

INFORMATIONS IMPORTANTES

- Pour que votre garantie prenne effet, la présente proposition doit être acceptée expressément par WTW HIPCOVER.
- Cette acceptation est conditionnée par l'obtention et l'analyse par WTW HIPCOVER d'un certificat vétérinaire ou déclaration de santé attestant du parfait état de santé et d'entretien du cheval.
- En cas d'acceptation de la proposition par WTW HIPCOVER, la prise d'effet du contrat est fixée au lendemain de la réception des documents par WTW HIPCOVER.

PROPOSANT – Nom, prénom :		
Adresse :		
CP :	Ville :	Pays :
Tél.:	Email :	Profession :
Comment nous avez-vous connus ?		
Etes-vous propriétaire du cheval à assurer ? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> Si oui, dans quelle proportion ?%		
Si vous n'êtes pas propriétaire à 100 % de ce cheval, indiquez en quelle qualité vous agissez et pour le compte de qui :		

Nom du cheval :		
NE LE :	PERE :	N° SIRE:
RACE :	MERE :	ROBE :
SEXE:	LIEU DE STATIONNEMENT:	

UTILISATION :	
S'il s'agit d'une poulinière, indiquez le nom de l'étalon l'ayant saillie, la date et le prix de la saillie :	
DATE D'ACHAT :	PRIX D'ACHAT :
VALEUR DECLAREE POUR L'ASSURANCE :	représentant ma part soit% de la valeur totale

Ce cheval a t'il fait l'objet, au cours des douze derniers mois, de soins de la part d'un vétérinaire, consécutifs à une maladie ou à un accident
 NON OUI – Dans ce cas, nous transmettre un rapport du vétérinaire traitant

► Je déclare en outre que ce cheval est vermifugé trois fois par an, *au minimum* ;

Le souscripteur déclare que ses réponses sont, à sa connaissance, exactes et n'avoir pas caché de circonstances quelconques qui auraient dû être communiquées et propose que ces déclarations servent à l'établissement du contrat qu'il désire souscrire.
Le souscripteur déclare avoir reçu et pris connaissance des Dispositions Générales HIP-01-2022 valant notice d'information et de ses pièces Annexes, qui lui ont été remises préalablement à la souscription décrivant précisément les garanties, exclusions et obligations du Souscripteur, des tarifs et des montants contractuels de prise en charge du contrat.
Le Souscripteur reconnaît par sa signature que lui a été communiqué la fiche d'information et de conseil, que l'offre faite par le Courtier est adéquate aux demandes qu'il a formulé initialement et qu'en conséquence, la proposition qui lui a été faite est en conformité avec les obligations de conseil qui résultent pour le Courtier des dispositions de l'Article L 520-1 du Code des assurances.
Le contrat sera établi selon les déclarations du Souscripteur, qui reconnaît avoir été informé du caractère obligatoire des réponses faites lors de sa demande de souscription et qui seront reprises sur le Certificat d'Assurance, ainsi que des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du code des Assurances, encourues en cas de déclaration inexacte (réduction de l'indemnité ou nullité du contrat). Il s'engage à ne solliciter aucune garantie pour un fait dont il a eu connaissance avant la souscription du contrat.
En tant que Souscripteur du contrat, la garantie vous sera accordée, conformément aux Dispositions Générales, aux annexes jointes et au Certificat d'Assurance.

Fait à : **le :**

Signature :

Conformément à la loi 78-17 « Informatiques et libertés » du 6 janvier 1978 modifié, les personnes concernées par ce contrat peuvent demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de l'Assureur, de ses mandataires, des réassureurs ou organismes professionnels. Le traitement de ces informations ne sera utilisé que pour des nécessités de gestion des contrats et commerciales. Le droit d'accès à la rectification peut être exercé en vous adressant à WTW