

DÉCLARATION DE SANTÉ

À REMPLIR ET À SIGNER PAR LE PROPRIÉTAIRE OU LA PERSONNE RESPONSABLE DU CHEVAL.

Nom:	Robe	Sexe
Sire	Mère	
Année de naissance	Usage	
Propriétaire	Valeur d'assurance	

Veillez répondre aux questions suivantes au mieux de vos connaissances et de vos capacités avec OUI ou NON, si vous avez besoin de plus d'espace pour répondre, veuillez utiliser le verso de ce formulaire.

- 1) Le cheval ci-dessus a-t-il déjà souffert d'une forme de coliques ou d'autres troubles intestinaux ou digestifs, ou d'une fracture, d'une boiterie, blessure tendineuse ou ligamentaire, accident, maladie ou maladie (y compris « le virus ») ou subi une intervention chirurgicale (y compris castration si au cours des douze derniers mois)

Si OUI donner des détails, y compris l'état de récupération OUI NON
- 2) Y a-t-il eu des signes de maladie contagieuse ou infectieuse au cours des douze derniers mois dans le haras où le cheval est stationné ?

Si OUI donner des détails, y compris l'état actuel..... OUI NON
- 3) Au cours des douze derniers mois, le cheval ci-dessus a reçu des soins d'un vétérinaire, physiothérapeute, Chiropraticien, acupuncteur ou homéopathe pour une raison autre que la vaccination de routine, ou des prélèvements, ou reçu toute autre forme de traitement à des fins correctives, y compris la maréchalerie, et le cheval reçoit-il actuellement un traitement anti-inflammatoire ou analgésique non stéroïdien ?

Si OUI donner des détails, y compris l'état de récupération..... OUI NON
- 4) Le cheval ci-dessus a-t-il déjà souffert de mélanomes, de sarcoïdes, de verrues ou de tout autre type de croissance ?

Si OUI donner des détails, y compris l'état actuel..... OUI NON
- 5) Le cheval ci-dessus a-t-il été mis au repos ou a-t-il reçu un autre traitement pour la boiterie ?

Si OUI donner des détails, y compris l'état actuel : OUI NON
- 6) A votre connaissance, les organes génitaux externes du cheval ci-dessus sont-ils normaux ?

Si NON donner des détails NON OUI
- 7) A votre connaissance, le cheval ci-dessus a-t-il des yeux normaux, une respiration, conformation, locomotion et rythme cardiaque normaux ? Représente-t-il à votre avis un risque normal pour l'assurance Mortalité et Inaptitude à la reproduction pour l'usage décrit ci-dessus ?

Si NON donner des détails..... NON OUI

Je certifie par la présente que mes réponses sont correctes et exactes et que je n'ai caché aucune information susceptible de modifier l'appréciation du risque pour l'Assureur et pourrait avoir une incidence importante sur le contrat d'assurance.

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.

SIGNATURE..... (*Propriétaire/Autre -veuillez préciser ci-dessous)

DATE.....

NOM (et prénom) Numéro de téléphone

IMPORTANT : Les informations contenues dans cette déclaration constituent la base du contrat d'assurance et des réponses incorrectes pourraient invalider le contrat d'assurance.

Si vous avez coché l'une des cases de la colonne de gauche au verso, veuillez remplir le tableau ci-dessous et nous transmettre les rapports vétérinaires correspondants :

Questions 2 – 7 / Autres détails :			
Date du problème	Type de problème	Détails du traitement	État de récupération

Informations supplémentaires	