

DECLARATION SUR L'HONNEUR DE BONNE SANTE DE L'EQUIDE

Je soussigné, Mr, Mme, Mlle _____

agissant en qualité de : propriétaire assuré souscripteur autre : _____

certifie sur l'honneur que l'équidé référencé ci-dessous est en parfait état de santé et d'entretien et que les déclarations suivantes sont exactes :

Nom du Propriétaire : _____

Date de naissance du cavalier : ___ / ___ / ___

Nom de l'équidé : _____

Robe : _____

N° Sire : _____

Valeur de l'équidé : _____ €

Ecurie de l'équidé : _____

Usage de l'équidé : _____

Actuellement votre équidé :

- Ne doit pas faire l'objet d'une opération vétérinaire (ou dans les jours à venir)
- N'a pas subi un accident ou une blessure ayant entraîné des soins vétérinaires toujours en cours ou à effectuer dans les 10 prochains jours
- N'est pas utilisé à des fins Professionnelles, ni en tant qu'éleveur

Au cours des 24 derniers mois, votre équidé a-t-il :

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - souffert de maladies, affection, coliques, entorse, boiterie ou subi une fracture osseuse ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - été opéré du cornage ou souffert de quinte de toux ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - souffert d'une irrégularité cardiaque ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - fait l'objet d'une perte, d'un vol ou d'une tentative de vol ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - fait l'objet d'un traitement vétérinaire autre que la vaccination ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Votre équidé était précédemment assuré ?

OUI NON

si oui, nom de l'assureur : _____

le n° de contrat : _____

Avez-vous précédemment fait l'objet :

- | | | |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - d'une résiliation sur un contrat similaire par un assureur ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - d'un vol ou d'une tentative de vol de la sellerie ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - de sinistres mortalité sur d'autres équidés ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Si OUI, veuillez indiquer au dos de ce document, les circonstances exactes et la date du ou des sinistres

En outre, je confirme que la valeur indiquée ci-dessus correspond bien à la valeur de l'équidé et que celle-ci peut être démontrée à tout moment.

Je déclare être informé que le délai de carence prévu pour les garanties « mortalité et frais de vétérinaire » cesse au jour de réception du certificat vétérinaire et après accord de nos services.

A défaut ce délai de carence de 7 jours en cas d'accident et de 30 jours en cas de maladie est appliqué, à compter du jour de la souscription du contrat d'assurance (excepté pour les poulinières ou de délai de carence reste fixé à 60 jours)

Pour le contrat « frais de vétérinaire et de chirurgie d'urgence », seul un délai de carence de 15 jours en cas de colique subsiste et peut être abrogé par nos services à réception du certificat vétérinaire

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle dans les déclarations du risque entraîne la nullité du contrat (art. L 113-8 du Code des Assurances). Une omission ou une inexactitude non intentionnelle dans les déclarations du risque entraîne une réduction de l'indemnité de sinistre (art. L 113-9 du Code des Assurances)

Certifié sincère et véritable :

A _____ le _____

Signature du souscripteur :