Cheval Assur
Assureur de votre passion

CERTIFICAT VETERINAIRE

Obligatoire pour les garanties Frais vétérinaires COMPLET ou OPTIMUM ou équidé d'une valeur supérieure à 10 000€

Ce document ne doit pas être antérieur de plus de 30 jours à la date d'effet du contrat d'assurance

Je soussigné, Dr : .....N° d'inscription à l'Ordre : .....Êtes-vous le vétérinaire habituel : OUI ☐ NON ☐

Certifie avoir examiné l'équidé : Nom : ..... Date de naissance : ...../...../..... N° Sire : .....
Vaccins sont à jour : OUI ☐ NON ☐ - Nom du propriétaire : .....
Equidé destiné à l'usage de : ..... Estimation de la valeur de l'équidé pour l'assurance : .....

Examens réalisés :	Normal	Réservé	Anormal	Remarques :
Examen général (comportement, état d'entretien)	☐	☐	☐	
Présence de vices rédhibitoires ?		OUI ☐	NON ☐	
Antécédents ou présence de masses cutanées (Sarcoïdes, mélanomes...) ?		OUI ☐	NON ☐	
Appareil cardio-vasculaire (Fréquence, muqueuses, veines jugulaires)	☐	☐	☐	
Appareil respiratoire (Fréquence, Ganglions)	☐	☐	☐	
Examen bucco-dentaire	☐	☐	☐	
Examen ophtalmologique	☐	☐	☐	
Présence ou soupçon d'uvéite ?		OUI ☐	NON ☐	
Appareil digestif	☐	☐	☐	
Antécédents digestifs ? (Coliques, ulcères, bouchon etc...)		OUI ☐	NON ☐	
Appareil génito-urinaire (externe)	☐	☐	☐	
Examen locomoteur				
Aplombs, Morphologie	☐	☐	☐	
Tendons, muscles, dos	☐	☐	☐	
Y a-t-il des signes d'ataxie ?		OUI ☐	NON ☐	
Test du surfaix	☐	☐	☐	
Test de flexion des antérieurs	☐	☐	☐	
Test de flexion des postérieurs	☐	☐	☐	

Antécédents sur l'état de santé de l'équidé au cours des 36 derniers mois : .....
.....

Je déclare que cet équidé est à ma connaissance en parfait état de santé/d'entretien, qu'il ne suit aucun traitement médical, qu'il est indemne de boiterie, qu'il ne doit pas subir de chirurgie dans les mois à venir, et qu'il n'a pas subi d'accident ou de blessure nécessitant des soins vétérinaires en cours ou à effectuer dans les 10 jours à venir.

Je formule les réserves suivantes en vue de l'assurance de cet équidé : .....
.....

Uniquement pour l'Usage poulinière, la jument concernée :
Est en gestation actuellement (Si oui date prévue du poulinage : .....) OUI ☐ NON ☐
A eu des anomalies/affections de l'appareil génital susceptibles de nuire à l'emploi de géniteur ou à sa santé ? OUI ☐ NON ☐
A eu des précédentes gestations et mises bas anormales ? OUI ☐ NON ☐ Nombre de gestations : .....

Certifié sincère et véritable : A : ..... Le : .....

Signature et cachet du vétérinaire :

PROVETEX.vet
REPOSEZ-VOUS SUR NOS EXPERTS

Document susceptible d'être examiné par notre vétérinaire conseil

ASSURANCES CONSEILS DU SUD (ACS – CHEVAL ASSUR), SAS de courtage en assurances au capital de 34 770 € – Siège social : 20 rue du Four à Chaux, 34680 Saint-Georges-d'Orques – RCS Montpellier 395 074 735 – Immatriculée à l'ORIAS dans la catégorie courtier d'assurance sous le n° 07 029 052 (www.orias.fr) Exerçant son activité au titre de l'article L. 521-2, II, 1°, b) du Code des Assurances,– Adhérente à l'association professionnelle ENDYA – Soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09 (acpr.banque-france.fr).
ACS CHEVAL ASSUR dispose d'une procédure de réclamation et de médiation disponible sur notre site www.cheval-assur.com