Cheval Assur
Assureur de votre passion

Je soussigné, _

Agissant en qualité de : ☐ propriétaire assuré ☐ Adhérent ☐ autre : _

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

Nom de l'équidé : _ N° SIRE ou transpondeur : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Valeur de l'équidé : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ € Date de naissance du cavalier : _ _ /_ _ /_ _ _ _

Nom du propriétaire : _ Date d'achat : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Nom du vétérinaire habituel : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Nom et date du dernier vermifuge : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Usage de l'équidé : _ Est-il ou va-t-il être en demi-pension ? ☐ OUI ☐ NON
(Si OUI, la copie du contrat de demi-pension pourra vous être demandée lors d'un sinistre)

Actuellement l'équidé est à jour de ses vaccins et vermifuges et :

- ✓ Ne doit pas subir à ma connaissance de chirurgie dans les 2 mois à venir
- ✓ N'a pas subi un accident ou une affection ayant entrainé 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 36 derniers mois :

L'équidé a fait l'objet d'un traitement vétérinaire autre que la vaccination : ☐ OUI ☐ NON
Si OUI, préciser : _

L'équidé était précédemment assuré : ☐ OUI ☐ NON
Si OUI, nom de l'assureur : _ *N° du contrat :* _

Précédemment, j'ai déjà fait l'objet :

- D'une résiliation/nullité sur un contrat similaire par un assureur : ☐ OUI, préciser : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ☐ NON
- D'un vol/tentative de vol de la sellerie ou d'un équidé : ☐ OUI, préciser : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ☐ NON
- De sinistres mortalité sur d'autres équidés : ☐ OUI, préciser : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ☐ NON

En outre, je confirme que l'équidé est indemne de toute boiterie, maladie ou blessure, que sa valeur (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 les délais de carence sont de 3 jours en cas d'accident, 30 jours en cas de maladie ou pour les soins préventifs (vaccin/vermifuge/dentiste/ostéopathie de la garantie Frais Vétérinaires Optimum). Pour le contrat Frais de vétérinaire et de chirurgie d'urgence, un délai de carence de 15 jours est appliqué en cas de colique.

Le cabinet ACS CHEVAL ASSUR se réserve le droit de procéder à des exclusions et ou délais de carence spécifiques au contrat à réception des données de santé de l'équidé à assurer.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle dans les déclarations du risque entraîne la nullité du contrat (art. L113-8 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. L113-9 du Code des Assurances).

Signature de l'Adhérent :

Certifié sincère et véritable :

A _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Le : _ _ / _ _ / _ _ _ _

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