

CAPVIE Assurances
 9 bis Avenue du Général Leclerc
 93250 VILLEMOMBLE
 Tél. 0826 620 020 - Fax 01 48 55 88 11
 RCS 483069449 - ORIAS 07005194
 Code correspondant Solly Azar : 26754

PROPOSITION D'ASSURANCE MORTALITE / FRAIS DE CHIRURGIE

A compléter par le propriétaire du cheval ou poney et à retourner par courrier au cabinet

ASSURE / PROPRIETAIRE :

Nom et prénom :
 Adresse :
 Tel et Fax : e-mail :
 Avez-vous déjà fait l'objet d'un refus d'assurance mortalité chevaux ? OUI NON
 Dans les 3 dernières années, avez-vous déjà eu un sinistre concernant un cheval vous appartenant ? OUI NON
 Si vous avez répondu par OUI à l'une des questions ci-dessus, donnez-nous des détails au dos de cette page.
 Si vous n'êtes pas le propriétaire du cheval ou poney en quelle qualité agissez-vous ?

VOTRE CHEVAL OU PONEY :

NOM DU CHEVAL OU PONEY : N°SIRE :
 RACE : SEXE : ROBE : NE EN :
 Stationnement habituel du cheval : Ville : Code postal :
 Date et Valeur d'achat ou estimation : Valeur d'assurance souhaitée :
 Savez-vous que pour bénéficier des garanties de ces contrats, vous ne devez absolument pas participer à des courses plates, de haies, de steeple-chase, de trot ou à des cross country ? OUI NON

OPTION DE GARANTIES SOUHAITEES

Cochez la case de l'option retenue.

FORMULE 1 Mortalité. <input type="checkbox"/>	FORMULE 2 Mortalité, + Frais de chirurgie d'urgence. <input type="checkbox"/>
--	---

La prime indiquée sur le tableau du site internet est de€, somme que je vous adresse par chèque à l'ordre de Le Centaure accompagné de la présente proposition.

DECLARATION DE SANTE A COMPLETER PAR L'ASSURE

Au cours des 12 derniers mois, le cheval ou le poney a-t-il :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1) souffert de maladies, d'affections, de coliques ou subi une fracture osseuse ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 2) eu des feux, des vésicatoires, une entorse ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 3) été opéré du cornage ou souffert de quintes de toux ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 4) souffert d'une quelconque irrégularité cardiaque ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 5) fait l'objet d'un traitement vétérinaire autre que la vaccination ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

Si vous avez répondu par OUI à l'une des questions ci-dessus, donnez-nous des détails au dos de cette page.

Les garanties seront acquises après acceptation du dossier et régularisées par établissement du contrat transmis par courrier.

Toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse, toute omission ou déclaration inexacte, faite par l'assuré au sujet des éléments constitutifs du risque, connus de lui, entraîne l'application, suivant le cas, des sanctions prévues aux art. L 113-8 et 9 du code des assurances.

A.....le.....Signature :
 (précédée de la mention lu et approuvé)