

ASSURANCE DES CHEVAUX DE PETITE VALEUR

- Contrat réservé aux chevaux d'une valeur inférieure à 5 000 €, âgés de moins de 12 ans.

Ce contrat constitue un package forfaitaire de garanties, non modulable :

- Mort de l'animal directement consécutive à un accident ou une maladie
- Vol de l'animal

- Remboursement des Frais d'Equarrissage (selon tarif ATM en vigueur)
- Remboursement des Frais de Chirurgie conservatoire (coliques, fracture)
- Remboursement des Frais d'Assistance en cas d'accident de transport – Maxi 500 €

- **Montant maximum des garanties :**

Ce contrat permet de ventiler un montant maximum de 5000 € entre les garanties :
« Mortalité et Vol » et les « Frais de chirurgie/ Equarrissage/ Assistance ».

Mortalité ou Vol

+

=

5 000 €

Frais Chirurgie / Equarrissage / Assistance

Exemples :

- Valeur assurée en Mortalité : 3 000 € ou 4 200 € ou 5 000 €
- Montant des Frais assurés : 2 000 € 800 € 0 €

Attention : la valeur minimale de l'équidé en mortalité est fixée à 2000 €.

- **Franchises :**

- Mortalité ou Vol ⇨ néant
- Frais de Chirurgie ⇨ 150 € par sinistre
- Frais d'Equarrissage ou d'Assistance ⇨ néant

- **Délais de carence :**

- Accident : 10 jours
- Maladie : 30 jours

- **Cotisation annuelle forfaitaire :** (paiement annuel ou semestriel)

- **156,60 € TTC** OU

- **176,60 € TTC** avec la garantie Responsabilité Civile.



Assurances MAUCOURT

14, Place du Donjon
79200 PARTHENAY

Tel : 05 49 94 04 88

Fax : 05 49 95 25 76

www.foskassur.fr



ATTESTATION DE BONNE SANTÉ

Je, soussigné :

agissant en qualité de propriétaire du cheval âgé de moins de 12 ans, ci-dessous désigné :

Nom du cheval :

N° Transpondeur :

Sexe :

N° SIRE :

Race :

Année de Naissance :

■ Références du vétérinaire **traitant** :

Certifie sur l'honneur, que l'animal ci-dessus désigné :

- est à jour de ses vaccinations et est régulièrement vermifugé ;
- est en bonne santé et ne doit pas faire l'objet d'une opération vétérinaire à venir ;
- n'a pas subi un accident ou une blessure entraînant des soins vétérinaires en cours ou à effectuer dans le mois à venir ;
- n'est pas sujet à des coliques chroniques ;
- n'a pas été atteint d'une affection ou d'une maladie entraînant des soins vétérinaires en cours ou à effectuer dans le mois à venir ;
- n'est pas en état de gestation pour un poulinage prévu dans les 90 jours à venir

Je déclare être informé que les garanties qui me sont accordées (mort suite à accident ou maladie, vol et frais de chirurgie conservatoire) s'appliquent avec une période de carence fixée à 10 jours en cas d'accident ou de vol et 30 jours en cas de maladie.

J'atteste que cet animal est en parfait état de santé et d'entretien, indemne de toute tare et de coliques chroniques.

Certifié sincère et véritable.

A : Le :

Signature du souscripteur

Conformément aux Articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances, toute omission ou déclaration inexacte de la part du Souscripteur entraîne la nullité du contrat.

**Assurances MAUCOURT**

14 Place du Donjon
79200 PARTHENAY
Tel : 05 49 94 04 88
Fax : 05 49 95 25 76
N° Orias : 08 045 868

**DOCUMENT DE SOUSCRIPTION**

| Code Agence | Numéro de Client | Code Produit | Mode d'Encaissement Agence | Fractionnement |
|-------------|------------------|--------------|----------------------------|-------------------|
| A 07937 | | G 7804 A | | Annuel / Semestre |

Date de début de Garantie souhaitée :

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|---|---|---|--|
| | | / | | | / | 2 | 0 | 1 | |
|--|--|---|--|--|---|---|---|---|--|

| REPRÉSENTANT GAN |
|---|
| Damien MAUCOURT Gan Assurances 14 Place du Donjon 79200 PARTHENAY parthenay-gatine@gan.fr |

| SOUSCRIPTEUR |
|---|
| NOM : Prénom : Adresse : Date de naissance : Tél : Email : |

Nom de l'animal Sexe Date de Naissance Race Robe Valeur assurée Numéro SIRE Numéro de Transpondeur

Quel est le lieu habituel de résidence de l'animal ?

GARANTIES de 5000 € selon ventilation

* Indiquez la valeur de votre cheval entre 2000 euros et 5000 euros.

** Indiquez le montant en euros entre la valeur de votre cheval et les 5000 euros.

Ce montant sert de limite d'indemnisation sur les Extensions de garantie.

| | | |
|--|----------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Mort suite à accident ou maladie | Valeur assurée de l'animal | Valeur du cheval :€* |
| <input type="radio"/> Vol de l'animal (légalement déclaré) | Valeur assurée de l'animal | |

EXTENSIONS DE GARANTIE

| | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Frais de Chirurgie Conservatoire | 5000 € - valeur du cheval =€** |
| <input type="radio"/> Équarrissage | |
| <input type="radio"/> Assistance et rapatriement | |

Je soussigné, certifie sincères les déclarations qui précèdent et propose qu'elles servent de base au contrat d'assurance que je désire. Toute réticence ou fausse déclaration, toute omission ou déclaration inexacte est sanctionnée par la nullité du contrat (Articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances).

CE DOCUMENT EST VALIDE PENDANT UN MOIS À COMPTER DE LA DATE DE LA SIGNATURE ET DOIT ÊTRE OBLIGATOIREMENT ACCOMPAGNÉ :

- ❖ d'une copie du Document légal d'Identification de l'animal à assurer,
- ❖ de l'Attestation de bonne santé.

A _____, le _____

LE SOUSCRIPTEUR