Assurances MAUCOURT
14, Place du Donjon
79200 PARTHENAY
Tel : **05 49 94 04 88**
e-mail : **parthenay-gatine@gan.fr**
www.foskassur.fr

N° Orias : 08 045 868

ASSURANCE DES CHEVAUX DE PETITE VALEUR

- **Contrat réservé aux chevaux d'une valeur inférieure à 5 000 €, âgés de moins de 14 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)

○ **150,00 € TTC** OU

○ **175,00 € TTC** avec la garantie Responsabilité Civile.

Assurances MAUCOURT
14 Place du Donjon
79200 PARTHENAY
Tel : **05 49 94 04 88**
e-mail : **parthenay-gatine@gan.fr**
www.foskassur.fr

N° Orias : 08 045 868

DOCUMENT DE SOUSCRIPTION

Code Agence	Numéro de Client	Code Produit	Mode d'Encaissement Agence	Fractionnement
A 07937		EQUIGAN		Annuel / Mensuel

Date de début de Garantie souhaitée : | | | / | | | / | 2 | 0 | 2 | 3 |

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

◦ Mort suite à accident ou maladie	Valeur assurée de l'animal	***Valeur du cheval :***
◦ Vol de l'animal (légalement déclaré)	Valeur assurée de l'animal	***……€ ****

EXTENSIONS DE GARANTIE

◦ Frais de Chirurgie Conservatoire	***5000 € - valeur du cheval =***
◦ Équarrissage	**……€** **
◦ 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

Assurances MAUCOURT
14, Place du Donjon
79200 PARTHENAY
Tel : **05 49 94 04 88**
e-mail : **parthenay-gatine@gan.fr**
www.foskassur.fr

N° Orias : 08 045 868

ATTESTATION DE BONNE SANTÉ

Je, soussigné : ……

agissant en qualité de propriétaire du cheval âgé de moins de 14 ans, ci-dessous désigné :

Nom du cheval :……..
Sexe :…….
Race :…….
Année de Naissance :……....

N° Transpondeur : ……
N° SIRE :……..……..

Nom et coordonnées du vétérinaire **traitant** : _____

Certifie sur l'honneur, que l'animal ci-dessus désigné :	**OUI**	**NON**
Est à jour de ses vaccinations obligatoires et est régulièrement vermifugé	☐	☐
Est en bonne santé et ne doit pas faire l'objet d'une opération vétérinaire à venir	☐	☐
A eu des maladies, affections ou opérations chirurgicales ayant entrainé des soins vétérinaires dans les douze derniers mois*.	☐	☐
Présente une malformation physique ou plaie apparente*	☐	☐
A souffert de coliques ou des maladies en relation avec les coliques (type ulcères)*	☐	☐
Présente une anomalie au niveau des yeux*	☐	☐
Présente une boiterie*	☐	☐
Est sujet à des problèmes respiratoires*	☐	☐
Souffre de pathologies articulaires, ligamentaires, d'arthroses ou de maladies dégénératives*	☐	☐
Doit bénéficier d'une chirurgie programmée dans les 6 mois*	☐	☐
N'est pas atteint d'une maladie contagieuse ou infectieuse*.	☐	☐
Est en état de gestation pour le poulinage prévu dans les 120 jours à venir	☐	☐
S'il s'agit d'un étalon, a votre connaissance, présente t'il une anomalie de l'appareil génital*	☐	☐
***Si réponse « Oui » aux questions, merci de préciser la pathologie et éventuellement les dates de survenances** :		
Observations complémentaires :		

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

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte pourrait entrainer la nullité du contrat ou exposer l'assuré à supporter la charge de tout ou partie des indemnités (art. L. 113 - 8 et L. 113 - 9 du code des Assurances