



Catherine de Buyl Insurance

Société Anonyme

INTERMÉDIAIRE AGREE DES LLOYD'S OF LONDON

Intermédiaire d'Assurances n° CBFA: 10698 A

Boulevard Léopold III, 146 B-7600 Péruwelz –

Tél. ++32 (0) 69/77.94.20 - Fax ++32 (0) 69/77.94.25

E.mail : info@debuyinsurance.com - Site : www.debuyinsurance.com

Livestock Proposal Form of LLOYD'S OF LONDON
One Lime Street, GB - EC3M 7 HA LONDON

Antes de contestar las preguntas lea detenidamente la declaracion, conteste todas las preguntas..

Nombre completo del propietario

Dirección:

FAX:...../.....

.....

TEL :...../.....

Profesión:

E.MAIL :

NOMBRE COMPLETO DEL TOMADOR DEL SEGURO :

DIRECCION :

FAX :

TEL :

OCCUPATION :

E.MAIL :

| SEXO | NOMBRE Y MICROCHIP | | EDAD | PRECIO DE COMPRA | FECHA DE COMPRA | VALOR ASEGURADO |
|-------|---------------------|------------|-------|-------------------|-----------------|-----------------|
| | Nombre del caballo: | anos | |/...../..... | | |
| | Micro chip n°: | | | | | |
| | | | | | | |

1.a) Dirección completa y teléfono del sitio donde se encuentra el caballo?.....

b) Apellido del jinete.....

c) Duerme el caballo en un box?

d) Se saca el caballo a prados cercados SI ...NO...

e) Esta viviendo el caballo en prados sin cerco SI ...NO...

2. Con que finalidad se emplea este animal? : SALTO DRESSAGE OCIO PASEO
CONCURSO COMPLETO (CATEGORIA:.....

OTRO USO :

3. Tiene el caballo pasaporte ? SI ...NO...
En caso de si, gracias de enviarnos una copia.

4. a) Esta el animal sano?
- b) Indique detalladamente las enfermedades o indisposiciones durante los doce pasados meses:
.....
- c) Ha sufrido de lesiones de quemaduras y ampollas ?
.....
- d) Ha pasado el animal un examen radiografico. En casa afirmativo, detalles por favor
.....
- e) Esta el caballo vacunado del Tetanos y gripe ? el /...../
Esta el caballo vacunado de la rinoneumonitis ? 2 ultimas fechas : +
Esta el caballo vacunado de West Nile Virus? 2 ultimas fechas : +
- f) Se desparasita el caballo frecuentemente ?
Con que frecuencia?.....

5. a) Hay actualmente alguna epidemia o enfermedad contagiosa en su propiedad?
- b) Se ha dado algun caso en los ultimos doce meses?
- c) Existe ahora una enfermedad, que usted sepa, en el vecindario?
- En caso afirmativo a cualquiera de las tres preguntass precedentes de detalles:
.....

6. a) Desde hace cuanto tiempo está el animal en su posesión o bajo su cuidado?
- b) Ha sido el animal recientemente introducido en la propiedad?
- En caso afirmativo, indicar cuando y su procedencia?

7. a) (Está el animal asegurado actualmente, o ha sido anteriormente asegurado. En caso afirmativo, de los nombres de los aseguradores) :
- b) Alguna vez un asegurador ha reusado renovar su poliza? En caso afirmativo de los detalles:
.....

8. a) Tiene usted algun otro caballo que no quiera asegurar?
- En caso afirmativo a cualquiera de las tres cuestionenes detalles:
- b) Si estos caballos no los van a asegurar en esta proposicion (o ya lo estan por otra compania indicar la causa):

9. a) Cuantos caballos ha perdido usted en los dos ultimos anos?
-
- b) Para cada caso indicar la causa de la muerte y la fecha:
.....
- c) Ha sido usted indemnizado por estos caballos. En caso afirmativo indicar cuantos, indemnizacion, y el/los nombre/s de la/s aseguradora/s:.....
-

10. a) Nombre, direccion completa y telefono de su Veterinario habitual: Dr.
-
- b) Que distancia hay entre la consulta de este y la localizacion habitual del caballo?km

DECLARACIÓN

Yo declaro por la presente haber respondido verazmente a todas las preguntas y no haber omitido nada que pudiera influenciar la decisión de los aseguradores en lo relativo a la conclusión del contrato.

Firmando este cuestionario, el abajo firmante, no se obliga a la conclusión de un contrato de seguro.

Declaro haber recibido las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de esta Póliza y que he leído, estudiado y entendido el contenido y la extensión de todas aquellas y especialmente de las que debidamente resaltadas puedan tener un alcance limitativo de mis derechos y que está conforme y acepta expresamente las mismas formalización del contrato.

FIRMA DEL PROPIETARIO:

FECHA:

A. COBERTURA DE BASE cubre

Todos los riesgos de mortalidad por enfermedad y accidentes :

- Durante el transporte en todo el mundo
- Por sacrificio humanitario
- Tras incendio, relámpago, electrocución, el ahogamiento
- Incluyendo el robo
- Los gastos de hospitalización a causa de cólicos

B. GARANTIAS COMPLEMENTARIAS

1. GASTOS DE HOSPITALIZACION -

A) *accidentes y enfermedad* **hasta 3.500 € / año** - deducción 200 €/sinistro

Prima 245 € DESEO - NO DESEO

B) *accidentes y enfermedad* **hasta 5.000 € / año** - deducción 200 €/sinistro

Prima 275 € DESEO - NO DESEO

C) *accidentes y enfermedad* **hasta 10.000 € / año** - deducción 200 €/sinistro

Prima 515 € DESEO - NO DESEO

2. TERRORISMO – Prima + 0.3125 %

DESEO - NO DESEO

3. INDIVIDUAL JINETE DILETANTE

DESEO - NO DESEO

| | |
|-------------------------------|--------------------|
| <i>Hasta 35 años</i> | Prima 180 € |
| <i>Desde 36 hasta 50 años</i> | Prima 205 € |
| <i>Desde 51 hasta 65 años</i> | Prima 260 € |

Apellido del jinete :

Fecha de nacimiento :

Profesión :

4. INFERTILIDAD SEMENTALES – Prima 1.875 %

DESEO - NO DESEO

FIRMA DEL PROPIETARIO:

FECHA: