



# Catherine de Buyl Insurance

Société Anonyme

INTERMÉDIAIRE AGREE DES LLOYD'S DE LONDRES

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](mailto:info@debuyinsurance.com) - Site : [www.debuyinsurance.com](http://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, complemente todas las preguntas..

Nombre completo del propietario .....

Direccion: .....

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

.....

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

Occupation: .....

E.MAIL : .....

	SEXO  MACHO, MACHO CASTRADO, HEMBRA, HEMBRA ESTERILIZADA	NOMBRE DEL CABALLO, RAZA, CAPA, SENAS DESCRIPAVAS,	EDAD	PRECIO DE COMPRA	FECHA DE COMPRA	VALOR ASEGURADO
CABALLO	.....	Nombre: ..... Raza: ..... Capa: ..... ..... ..... Micro chip n°: .....	.... anos	.....	.../.../....	.....



9. a) *Cuantos caballos ha perdido usted en los dos últimos años?* .....
- 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, indemnización, y el/los nombre/s de la/s aseguradora/s:* .....
10. a) *Nombre, dirección completa y teléfono de su Veterinario habitual:* Dr. ....
- b) *Que distancia hay entre la consulta de este y la localización habitual del caballo?* .....km

## DECLARATION

*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. Si el quisiera concluir uno deberá dar una orden especial a su Corredor de Seguros, en ese caso, las respuestas contenidas en este formulario serán consideradas como hechos relevantes para la apreciación del riesgo con vistas a la formalización del contrato.*

**FIRMA DEL PROPIETARIO:**

**FECHA:**

## GARANTIAS COMPLEMENTARIAS

### 1. GASTOS DE HOSPITALIZACION *accidentes y enfermedad -*

- A) **hasta 3.500 € O 3.500 USD / año** - meno 200 € o 250 USD / sinistro  
**Prima 245 € o 300 USD**  
**QUIERO - NO QUIERO**
- B) **hasta 5.000 € O 5.000 USD / año** - meno 200 € o 250 USD / sinistro  
**Prima 275 € o 350 USD**  
**QUIERO - NO QUIERO**
- C) **hasta 10.000 € O 10.000 USD / año** - meno 200 € o 250 USD / sinistro  
**Prima 515 € o 650 USD**  
**QUIERO - NO QUIERO**

### 2. TERRORISMO – Prima + 0.3125 %

**QUIERO - NO QUIERO**

### 3. INFERTILIDAD SEMENTALES – Prima 1.875 %

**QUIERO - NO QUIERO**

**FIRMA DEL PROPIETARIO:**

**FECHA:**