



# 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)

## PROPOSITION D'ASSURANCE CHEVAUX - LLOYD'S OF LONDON

One Lime Street, GB - EC3M 7 HA LONDON

La réponse à chacune des questions doit être complète et conforme à la vérité

**Nom et adresse du preneur d'assurance :**

(Monsieur / Madame / Mademoiselle)

.....  
 .....  
 .....

**Nom et adresse du propriétaire:**

(si différent du preneur d'assurance)

Tel + GSM: .....

Tel + GSM: .....

Fax : .....

Fax : .....

E.mail : .....

E.mail : .....

Description	Age (ou date de naissance si moins d'un an)	Prix d'Achat	Date d'Achat	Somme à assurer
1 - Nom: ..... Sexe : ..... N° Micro chip : .....	..... ans Né le .....	.....	Le .....	.....
2 - Nom : ..... Sexe : ..... N° Micro chip : .....	..... ans Né le .....	.....	Le .....	.....
QUESTIONS		REPOSES		
1. a) Adresse complète et téléphone où se trouvent les chevaux b) Nom du cavalier habituel c) Les chevaux à assurer sont-ils tenus dans une étable ou une écurie la nuit ? d) Sont-ils tenus dans des pâturages entourés d'une clôture ?	a) ..... ..... b) ..... ..... c) ..... ..... d) ..... .....			
2. Usage du cheval (biffer la mention inutile)	- Sport : Elevage, Selle, Attelage, Concours Hippiques, Concours complets (Training, National, International), Dressage, Western Riding, endurance, Horse Ball - Courses : Trot – Galop – Haies - Trait : Elevage – Débardage			
3. Votre cheval a-t-il des papiers d'origine et/ou passeport ?	OUI – NON Dans l'affirmative, joindre une copie.			

<p>4. a) Les chevaux sont-ils sans défaut et sains?  b) Donner des indications détaillées sur les tares, souffrances, maladies ou indispositions durant les douze derniers mois :  c) Un des chevaux a-t-il été soigné par des brûlures faites par instruments ou par l'application d'un vésicatoire ? Si OUI, donner des détails.  d) Le cheval a-t-il passé un examen radiographique? Si oui, donner des détails (date,...)  e) Le cheval est-il vacciné contre le -Tétanos (+date)  - Grippe (+ date)  - Rhino-pneumonie (+ dates)  - West Nile Virus (+ dates)  f) Le cheval est-il vermifugé régulièrement ? A quelle fréquence ?</p>	<p>a) .....  b) .....  c) .....  d) .....  e) ..... Le .....  ..... Le .....  ..... Le .....  ..... Le .....  .....  .....</p>
<p>5. a) Y a-t-il actuellement une épidémie ou une maladie contagieuse sur votre domaine ?  b) Y en a-t-il eu pendant les douze derniers mois ?  c) Et, à votre connaissance, dans le voisinage ?</p>	<p>a) .....  b) .....  c) .....</p>
<p>6. a) Depuis combien de temps, les chevaux sont-ils en votre possession ?  b) Un des chevaux a-t-il récemment été introduit dans le district ? Si oui, quand et venant d'où ?</p>	<p>a) Depuis le .....  b) ..... Le ..... De .....</p>
<p>7. a) Les chevaux sont-ils assurés actuellement ou ont-ils été assurés précédemment ? Si Oui, donner des indications détaillées y compris le nom des assurances.  b) Une assurance quelconque a-t-elle une fois refusé d'assurer vos chevaux ou de renouveler l'assurance? Si oui, donner des indications détaillées.</p>	<p>a) ..... Par .....  b) .....</p>
<p>8. a) Avez-vous d'autres chevaux que vous ne proposez pas pour la présente assurance? Si oui, donner des indications détaillées.  b) Si ces chevaux ne sont pas proposés pour la présente assurance(ou sont déjà assurés ailleurs) indiquez pourquoi ?</p>	<p>a) .....  b).....</p>
<p>9. a) Combien de chevaux avez-vous perdus pendant les deux dernières années ?  b) Pour chaque cas, indiquer la cause de la mort et la date.  c) Des indemnités vous ont-elles été payées pour vos chevaux Si oui, indiquer, combien, montant(s) et nom de l'assurance</p>	<p>a) .....  b) ..... le .....  c) ..... Pour ..... par .....</p>
<p>10. Nom, adresse et n° de téléphone de votre vétérinaire habituel. A quelle distance de chez vous habite-t-il ?</p>	<p>Docteur .....  ..... à ..... km</p>

#### DECLARATION

Les chevaux susmentionnés sont ma propriété et je déclare par la présente avoir répondu véridiquement à toutes les questions et n'avoir rien omis qui pourrait influencer la décision des assureurs relative à la conclusion du contrat.

Par la signature de ce questionnaire, le signataire n'encourt aucune obligation concernant la conclusion d'un contrat d'assurance. S'il désire en conclure un, dans ce cas, les réponses contenues dans ce questionnaire seront considérées comme faits importants pour l'appréciation du risque en vue de la conclusion du contrat.

Les conditions générales d'assurance figurent dans la police et peuvent être remises au signataire à sa demande avant l'émission de celle-ci.

Je déclare par la présente que je comprends le français et accepte que le certificat d'assurance établi pour toute couverture en relation avec les informations reprises dans cette proposition, soit établi en français.

Signature : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**A. COUVERTURE DE BASE****TOUS LES RISQUES DE MORTALITE suite à maladies &/ou accidents y compris**

- **durant les transports dans le monde entier**
- **l'euthanasie pour raison humanitaire**
- **le risque de mortalité durant l'opération sous anesthésie générale, si celle-ci a pour but de sauver la vie du cheval ou de lui éviter une boiterie ou maladie future**
- **l'incendie, la foudre, l'électrocution, la noyade**

**LE VOL****LES FRAIS D'HOSPITALISATION SUITE A COLIQUES****B. GARANTIES COMPLEMENTAIRES****1. FRAIS D'HOSPITALISATION POUR TOUTES LES MALADIES ET TOUS LES ACCIDENTS**

A) Je désire                      Je ne désire pas                      souscrire cette garantie

- Remboursement maximum 3.500 €/an
- franchise 200 €/sinistre
- SURPRIME : 245 €

B) Je désire                      Je ne désire pas                      souscrire cette garantie

- Remboursement maximum 5.000 €/an limité à la valeur assurée
- franchise 200 €/sinistre
- SURPRIME : 275 €

C) Je désire                      Je ne désire pas                      souscrire cette garantie

- Remboursement maximum 10.000 €/an limité à la valeur assurée
- franchise 200 €/sinistre
- SURPRIME : 515 €

**2. FRAIS D'HOSPITALISATION SUITE A MALADIES & ACCIDENTS + REVALIDATION SUITE A ACCIDENTS**

A) Frais d'hospitalisation pour maladies et accidents (max 3.500 € par an &amp; par cheval – franchise 300 €) + revalidation suite à accidents                      Surprime : 355 €

Je désire                      Je ne désire pas                      souscrire cette garantie

B) Frais d'hospitalisation pour maladies et accidents (max 5.000 € par an &amp; par cheval – franchise 300 €) + revalidation suite à accidents                      Surprime : 400 €

Je désire                      Je ne désire pas                      souscrire cette garantie

C) Frais d'hospitalisation pour maladies et accidents (max 10.000 € par an &amp; par cheval – franchise 300 €) + revalidation suite à accidents                      Surprime : 750 €

Je désire                      Je ne désire pas                      souscrire cette garantie

**3. PERTE D'USAGE SUITE A**

a) maladie et accidents Je désire Je ne désire pas souscrire cette garantie

a) accidents uniquement Je désire Je ne désire pas souscrire cette garantie

**4. INFERTILITE 0.63 % ou 1.88 % (uniquement pour étalons admis)**

Je désire Je ne désire pas souscrire cette garantie

**5. INFERTILITE POUR POULINIÈRE SUITE A ACCIDENTS UNIQUEMENT**

Je désire Je ne désire pas souscrire cette garantie

**6. COUVERTURE « RISQUES DE TERRORISME ET DE GUERRE » : 0,31 %**

Je désire Je ne désire pas souscrire cette garantie

**7. INDIVIDUELLE ACCIDENT CAVALIER AMATEUR:**

Je désire Je ne désire pas souscrire cette garantie

Jusque 35 ans	Surprime 200 €
De 36 à 50 ans	Surprime 225 €
De 51 à 65 ans	Surprime 285 €

Nom du cavalier : .....

Date de naissance : .....

Profession habituelle : .....

<u>Capitaux</u> :	décès suite à accident	15.000 €
	Incapacité permanente suite à accident	15.000 €
	Incapacité temporaire suite à accident	25 €/jour (franchise 21 ou 28 jours selon l'âge du cavalier)
	Frais médicaux	1.500 € (franchise 125 €)

Signature: .....

Date: .....