



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 - Site : www.debuyinsurance.com

CELLULARE 00.32.477/97.07.21 (AnnaMaria SFERRAZZA)

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA MORTALITÀ DEGLI ANIMALI DI LLOYD'S OF LONDON One

Lime Street, GB - EC3M 7 HA LONDON

La risposta a ogni domanda deve essere completa e corrispondere alla verità

Nome e indirizzo di colui che sottoscrive l'assicurazione
(custode, addetto alle cure o proprietario dell'animale)

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

Tel: /
Fax : /
E.mail :

Nome e indirizzo del proprietario:
(se diverso da chi sottoscrive l'assicurazione)

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

Tel : /
Fax : /
E.mail :

Sesso	Nome & Microchip		Età (o data di nascita se di età inferiore a un anno)	Prezzo di acquisto	Data d'acquisto	Valore da assicurare
.....	Nome: N° Micro chip : Anni Nato il	Il

DOMANDE	RISPOSTE
<p>1. a) Indirizzo completo e numero telefonico del luogo in cui si trovano gli animali b) Nome del cavaliere abituale c) Gli animali da assicurare sono tenuti in una stalla o in un scuderia durante la notte? d) Sono tenuti in pascoli circondati da un recinto?</p>	<p>a) b) c) d)</p>
<p>2. Uso del cavallo (cancellate le menzioni inutili)</p>	<p>Allevamento, Sella, Tiro, Concorsi ippici, Concorsi completi (categoria:.....), Dressage, Western Riding, Resistenza, Horse Ball</p>
<p>3. Il vostro cavallo possiede documenti e/o passaporto ?</p>	<p>SI NO In caso di una risposta affermativa, vi preghiamo di allegare una copia.</p>
<p>4. a) Gli animali sono privi di difetti e sono sani? b) Fornite indicazioni dettagliate sugli eventuali difetti, dolori, malattie o indisposizioni degli ultimi dodici mesi: c) Uno degli animali è stato curato a seguito di bruciature prodotte da strumenti o da un vescicatorio? In caso positivo, fornite dei dettagli in merito. d) L'animale ha sostenuto un esame radiografico? In caso positivo, fornite dei dettagli e) L'animale è vaccinato contro il tetano (+data), l'influenza (+ data) e la rinopolmonite (+ data) West Nile Virus (+data)? f) Il cavallo è sverminato abitualmente? Quante volta l'anno?</p>	<p>a) b) c) d) e) Il Il Il</p>
<p>5. a) Vi è attualmente un'epidemia o una malattia infettiva nelle vostre installazioni? b) Se ne è verificata una negli ultimi dodici mesi? c) E, a vostra conoscenza, fra gli animali dei vicini?</p>	<p>a) b) c)</p>

<p>6. a) Da quanto tempo possedete gli animali? b) Uno degli animali è stato introdotto recentemente nel vostro distretto? In caso positivo, quando? E da dove proveniva?</p>	<p>a) Dal b) Il Da</p>
<p>7. a) Gli animali sono assicurati attualmente o lo sono stati in precedenza? In caso positivo, fornite delle indicazioni dettagliate, compreso il nome delle compagnie di assicurazioni. b) Una qualsiasi compagnia ha rifiutato in passato di assicurare i vostri animali o di rinnovare il contratto assicurativo? In caso positivo, fornite delle informazioni dettagliate.</p>	<p>a) Da b)</p>
<p>8. a) Possedete altri animali della stessa specie che non fate coprire dalla presente assicurazione? In caso positivo, fornite delle informazioni dettagliate. b) Se questi animali non sono proposti per la presente copertura assicurativa (o sono già assicurati altrove), potete indicare i motivi?</p>	<p>a) b)</p>
<p>9. a) Quanti animali dello stesso tipo avete perduto negli ultimi due anni, indipendentemente dal genere, dalla specie o dalla razza? b) Per ciascun caso, indicate la causa della morte e la data. c) Avete ricevuto delle indennità a seguito della morte dei vostri cavalli? In caso positivo, indicate l'(gli) importo(i) e il nome della compagnia di assicurazioni</p>	<p>a) b) il c) Per da</p>
<p>a) Nome, indirizzo e n° di telefono del vostro veterinario abituale. Qual è la distanza fra voi e il luogo in cui risiede?</p>	<p>a) Dott.....km</p>

DICHIARAZIONE

Io/noi dichiaro(iamo).....con la presente di aver risposto in maniera veritiera a tutte le domande e di non aver ommesso alcun elemento suscettibile di influenzare la decisione degli assicuratori sulla conclusione del contratto.

Con la firma del presente questionario, colui che firma non si assume alcun obbligo relativo alla conclusione di un contratto di assicurazione. Se lo stesso desidera concluderne uno, egli dovrà dare un ordine speciale al suo agente d'assicurazione. In questo caso, le risposte contenute in questo questionario saranno considerate elementi importanti per l'apprezzamento del rischio in vista della futura conclusione del contratto.

Le condizioni generali di assicurazione sono state comunicate a colui che firma.

Firma: _____ Data: _____

A. COPERTURA DI BASE

Tutti i rischi di mortalità conseguenti ad una malattia o ad un infortunio compreso :

- ✚ il trasporto nel mondo intero, incluso quello aereo
- ✚ l'abbattimento umanitario
- ✚ I rischi di mortalità durante una operazione sotto anestesia generale sono coperti qualora detta operazione serva a salvare la vita del cavallo o ad evitargli una zoppia o una malattia futura (esempio OCD)
- ✚ l'incendio, il fulmine, l'elettrocuzione, l'annegamento, il furto
- ✚ Le spese in ospedale per coliche

B. GARANZIE COMPLEMENTARIE

1. SPESE DI DEGENZA IN OSPEDALE PER MALATTIE E INCIDENTI

A) Desidero Non desidero sottoscrivere questa garanzia

Massimo **3.500 €/anno** - **maggiorazione premio 265 €**
Franchigia 200 € / sinistro

B) Desidero Non desidero sottoscrivere questa garanzia

Massimo **5.000 € /anno** – **maggiorazione premio 305 €**
Franchigia : 200 € / sinistro

C) Desidero Non desidero sottoscrivere questa garanzia

Massimo **10.000 € /anno** – **maggiorazione premio 570 €**
Franchigia : 200 € / sinistro

2. **STERILITÀ** : 1,5 % + tasse (unicamente per stalloni ammessi)

3. **STERILITÀ per cavalle in caso di incidente** : 0.50 % + tasse

Desidero Non desidero sottoscrivere questa garanzia

Firma:

Data: