



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
- **177,00 € 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

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 : N° Transpondeur :
Sexe : N° SIRE :
Race :
Année de Naissance :

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est en bonne santé et ne doit pas faire l'objet d'une opération vétérinaire à venir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A eu des maladies, affections ou opérations chirurgicales ayant entraîné des soins vétérinaires dans les douze derniers mois*.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présente une malformation physique ou plaie apparente*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A souffert de coliques ou des maladies en relation avec les coliques (type ulcères)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présente une anomalie au niveau des yeux*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présente une boiterie*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est sujet à des problèmes respiratoires*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffre de pathologies articulaires, ligamentaires, d'arthroses ou de maladies dégénératives*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doit bénéficier d'une chirurgie programmée dans les 6 mois*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N'est pas atteint d'une maladie contagieuse ou infectieuse*.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est en état de gestation pour le poulinage prévu dans les 120 jours à venir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'il s'agit d'un étalon, a votre connaissance, présente-t-il une anomalie de l'appareil génital*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*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 entraîner 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)

.....