



Assurances MAUCOURT
14, Place du Donjon
79200 PARTHENAY
Tel : 05 49 94 04 88
E-mail : parthenay-gatine@gan.fr



N° Orias : 08 045 868

ASSURANCE DES CHEVAUX

Date de début de Garantie souhaitée :

| | / | | / | 2 | 0 | 2 | 5 |

REPRESENTANT GAN

Damien MAUCOURT
14, Place du Donjon
79200 Parthenay

☎ 05 49 94 04 88
parthenay-gatine@gan.fr

SOUSCRIPTEUR

NOM :
Prénom :

Adresse :

Date de naissance :
Profession :
Tél :
Email :

ANIMAL PROPOSE A L'ASSURANCE

Nom de l'animal Sexe Date de Naissance

Race Robe Valeur à assurer €

Numéro SIRE Numéro de Transpondeur

UTILISATION DE L'ANIMAL DECLAREE A LA SOUSCRIPTION (*)

Seule l'utilisation principale et habituelle de l'animal doit être cochée (*).

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Elevage {Poulain} | <input type="checkbox"/> Promenade, Randonnée | <input type="checkbox"/> CSO | <input type="checkbox"/> Courses de plat {Galop} |
| <input type="checkbox"/> Etalon Reproducteur | <input type="checkbox"/> Equitation Western | <input type="checkbox"/> CCE | <input type="checkbox"/> Courses de haies |
| <input type="checkbox"/> Jument Poulinière | <input type="checkbox"/> Horse-Games | <input type="checkbox"/> Dressage | <input type="checkbox"/> Steeple-Chase |
| <input type="checkbox"/> Manège | <input type="checkbox"/> Présentation d'Attelages | <input type="checkbox"/> Cross-Country | <input type="checkbox"/> Trot monté ou attelé |

○ Quel est le lieu habituel de résidence de l'animal ?

ANTÉRIORITÉ DE L'ANIMAL

○ Depuis quand possédez-vous l'animal proposé à l'assurance ?

○ L'animal a-t-il déjà été atteint d'affections ou de blessures ? oui non

○ Si oui, lesquelles et quand ? {Préciser}

GARANTIES DEMANDEES				
Garanties	Formules			
	Mini	Chirurgie	Intermédiaire	Complète
Garanties de bases				
Mort suite à accident ou maladie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vol de l'animal (légalement déclaré)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Frais d'Equarrissage (Selon tarif ATM en vigueur et sur facture)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Frais Vétérinaires				
Actes chirurgicaux conservatoires		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Honoraires Vétérinaires			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Soins et Médicaments			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Chirurgie (conservatoire ou non)			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Plafond /an		5 000 €	3 000 €**	6 000 €**
Votre choix de la formule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(**)En cas d'affection dégénérative, articulaire, arthritique, ligamentaire, naviculaire ou tendineuse, l'indemnité est calculée sur une base de 50% de la somme assurée.

Extensions complémentaires tarifantes		
Responsabilité Civile Propriétaire d'équidé (27 €/an)		<input type="checkbox"/>
Remboursement frais d'assistance et de Rapatriement (11 €/an)		<input type="checkbox"/>
Individuelle Accident du Cavalier	Nous consulter pour le tarif	<input type="checkbox"/>
Rachat du délai de Carence maladie	Sous réserve d'acceptation	<input type="checkbox"/>
Impotence Physique Permanente	Nous consulter pour le tarif	<input type="checkbox"/>

Mode de paiement Annuel Mensuel Prélèvement

Je soussigné, certifie sincères les déclarations qui précèdent et propose qu'elles servent de base au contrat d'assurance que je désire. Toute réticence ou fausse déclaration, toute omission ou déclaration inexacte est sanctionnée par la nullité du contrat {Articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances}.

CE DOCUMENT EST VALIDE PENDANT UN MOIS A COMPTER DE LA DATE DE LA SIGNATURE ET DOIT ETRE OBLIGATOIREMENT ACCOMPAGNE :

- ❖ d'une copie du Document légal d'Identification de l'animal à assurer,
- ❖ du Certificat Sanitaire Gan, intégralement complété par le vétérinaire traitant.
- ❖ IBAN pour la mise en place d'un prelevement
- ❖ Copie justificatif d'identité du souscripteur

A _____, le _____

LE SOUSCRIPTEUR

Conformément à la Loi 78-17 du 06 Janvier 1978 modifiée, le Souscripteur peut demander à l'Assureur, moyennant perception de la redevance prévue par l'Article 35 de ladite Loi, communication, rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de la Société ou de ses mandataires. Ces demandes sont à adresser à la Direction des Relations Consommateurs de GAN ASSURANCES IARD – Immeuble Michelet – 4 à 8, cours Michelet, 92082 Paris La Défense Cedex, en mentionnant la référence "ACCES AUX INFORMATIONS NOMINATIVES".

<p>Article L112-2 du Code des Assurances - 1er alinéa "La proposition d'assurance n'engage ni l'assuré, ni l'assureur. Seul le contrat ou la note de couverture constate leur engagement réciproque."</p>
