

## Proposition d'assurance

### « SOS CHIRURGIE COLIQUE & FRACTURE »

Date d'effet souhaitée du contrat : / /

### PROPOSANT

Nom et prénom :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Tel : Mail :

Propriétaire de l'équidé assuré : oui  non  à proportion de %

### GARANTIES SOUHAITEES

(ENTOURER LES GARANTIES CHOISIES ET REPORTER LE PRIX RETENU)

**1 – Chirurgie colique et fracture** (frais d'équarrissage inclus en cas de décès suite à l'opération) Montant de garantie : 500 €

→ Formule SOS 1 :

« **Colique et Fracture osseuse** » : Montant de garantie : 4 500 € \_\_\_\_\_ €

→ Formule SOS 2 :

« **Colique et Fracture osseuse** » : Montant de garantie : 6 000 €

« **Colique sans chirurgie** » : Montant de garantie : 700 € (150 € de franchise)

« **Convalescence suite à chirurgie** » : Montant de garantie : 800 € \_\_\_\_\_ €

**2 - Option « Frais de Transport »** : Montant de garantie : 500 € \_\_\_\_\_ €

**3 - Assistance** \_\_\_\_\_ €

du cheval, du véhicule et du propriétaire pendant le transport du cheval

**Frais de dossier** 17 €

(À régler séparément si paiement par prélèvement)

**Total à régler** \_\_\_\_\_ €

### MODALITES DE REGLEMENT DES ECHEANCES

(ENTOURER LE MODE CHOISI)

- Annuel - Mensuel par prélèvement

(Joindre RIB et autorisation de prélèvement)

### Le contrat prendra effet à réception du dossier complet

Les garanties d'assurance sont souscrites auprès de la Mutuelle de l'Est (01004, Bourg-en-Bresse)

Les garanties d'assistance sont souscrites auprès de Mutuaide Assistance (94368, Bry-sur-Marne)

### CHEVAL OU EQUIDE A ASSURER

(JOINDRE UNE COPIE DES PAPIERS DU CHEVAL ET DE SES VACCINS  
A LA SOUSCRIPTION, LE CHEVAL DOIT AVOIR MOINS DE 17 ANS)

Nom :

N° S.I.R.E :

Date de naissance :

N° Transpondeur :

Robe :

Sexe :

Race :

Lieu de stationnement habituel :

**Coordonnées du vétérinaire traitant habituel :**

### UTILISATION DE L'EQUIDE

(ENTOURER LE PRINCIPAL USAGE)

**Usages de Base** : Promenade, Randonnées, Loisirs, Endurance, Trec, Dressage, CSO  
Jeux équestres, Attelage, Horse Ball

**Usages Base Plus** : (cotisation soumise à une majoration) Polo, CCE, Voltige, Spectacle de voltige

### DECLARATIONS DU PROPOSANT

Je déclare qu'à ma connaissance :

- ce cheval est en parfait état de santé et exempt de toute affection à ce jour ;

- qu'il n'a pas subi de sinistres au cours des vingt quatre derniers mois au titre des garanties accordées ;

- qu'il est vermifugé trois fois par an, au minimum, et à jour de vaccination ;

- d'avoir pris connaissance du tarif ainsi que des Conventions Spéciales du contrat d'assurance **Equestrassur**.

Je soussigné(e), déclare que mes informations transmises à l'assureur pour l'établissement du contrat et la souscription de ma (mes) garantie(s), sont, à ma connaissance, exactes, et que je n'ai pas caché des circonstances quelconques qui auraient dû être communiquées à **Equestrassur**.

Fait à

, le

Signature du proposant :

(Note : Les informations contenues dans ce document sont destinées aux propres fichiers de l'assureur et, éventuellement, à ceux d'organismes professionnels de l'assurance ; l'assuré peut demander communication des renseignements le concernant et, le cas échéant, les faire rectifier).

**EQUESTRASSUR** - Société SM3A 3 rue St Exupéry, 69002 LYON -

[www.equestrassur.com](http://www.equestrassur.com)

Tel : **04.78.766.733** fax : 04.78.756.310 e-mail : [contactequestrassur@gmail.com](mailto:contactequestrassur@gmail.com)

Sarl au capital de 7500 Euros RCS Lyon 480 344 423 00011 naf 672z ORIAS 07004764

Responsabilité civile et garanties financières conformes aux articles L 530-1 et 2 du Code des assurances