EquestrAssur

Chevaux et poneys

CERTIFICAT VETERINAIRE POUR L'ASSURANCE MORTALITE D'UN CHEVAL

Je, soussigné Docteur Vétérinaire,
Certifie avoir examiné le / / chez M.
Demeurant :

Le cheval ci-après désigné et **vérifié** son signalement en regard de son document d'accompagnement.
Nom : N° d'immatriculation **SIRE** :
Père : Mère : Par :
Sexe : Race : Date de naissance : Robe :

Nom et adresse du propriétaire :

.....

À l'exception des réserves notées en « Observations » ci-dessous, je certifie que ce cheval est en parfait état de santé et d'entretien, qu'il est indemne de toute tare, de tout vice rédhibitoire et qu'à ma connaissance, rien ne s'oppose à son admission à l'assurance.

► **Je déclare suite à mon examen :**

❒ que ses membres sont sains et nets (pas de malformation ou de déformation, ni cautérisation, …) ;
❒ qu'il ne présente aucune défectuosité d'aplomb ni boiterie ;
❒ que son caractère est normal (pas de rétivité, ou de tics…) ;
❒ que son appareil respiratoire est en parfait état ;
❒ que l'examen ophtalmologique n'a révélé aucune anomalie ;
❒ que son appareil digestif ne présente, apparemment, aucune affection ;
❒ qu'il n'a pas subi d'interventions chirurgicales telles que, notamment : névrotomie, castration, opération du cornage, opération des tendons. **Sinon, précisez en « Observations, » la date et la nature de l'intervention ;**
❒ que l'examen cardiaque, effectué avant et après exercice, n'a révélé aucune anomalie ;
❒ que j'ai vérifié le bon état du réseau veineux superficiel ;
❒ que l'examen de l'appareil génital n'a révélé aucune malformation ou affection nuisible à sa fonction ;
❒ qu'il est régulièrement vermifugé ;
❒ qu'il est valablement vacciné contre le tétanos et la grippe et, s'il s'agit d'une poulinière, contre la rhino pneumonie ;
❒ qu'il n'a pas fait l'objet, depuis un an, de soins vétérinaires consécutifs à une maladie ou à un accident ;
❒ qu'il est apte à l'utilisation déclarée, savoir : _____

► Pour **garantir votre cheval à 100%**, joindre radios commentées des membres antérieurs du cheval (1 mois).

► Je déclare en outre, qu'il n'y a pas de maladie réputée contagieuse dans le voisinage et que ce cheval est hébergé dans des installations adaptées.

► Par ailleurs, je déclare être ❒ / ne pas être ❒ le Vétérinaire habituel de ce cheval.

Observations : _____

_____

Fait à : Le : Signature et Cachet du Vétérinaire

Equestrassur : Sté SM3A - 3 rue St Exupéry, 69002 LYON - tél : **04 78 766 733** - fax : **04 78 75 63 10**
www.equestrassur.com - E-mail : **contactequestrassur@gmail.com**
SARL au capital de 7500€ rcs Lyon 480 344 423 000 11 naf 6722 orias 07004764
Garantie financière et responsabilité civile conformes aux arts l520-1 & l520-2 du Code des assurances