

INTERNATIONAL HORSE INSURANCE

PATRICK BARRAUX (FEUILLET N°1)

CERTIFICAT VETERINAIRE DE L'ANIMAL PROPOSE À L'ASSURANCE

Ce certificat doit être intégralement complété et signé par un vétérinaire et le proposant

PARTIE A REMPLIR INTEGRALEMENT PAR LE PROPOSANT

NOM ET PRENOM DU PROPOSANT : _____

DATE DE NAISSANCE DU PROPOSANT : _____ PROFESSION : _____

ADRESSE COMPLETE : _____

N° DE TELEPHONE : _____ N° DE FAX : _____

QUI EST PROPRIETAIRE DU CHEVAL : _____

SI VOUS N'ETES PAS PROPRIETAIRE EN QUELLE QUALITE AGISSEZ-VOUS ? _____

LIEU HABITUEL DE RESIDENCE DE L'ANIMAL : _____

AVEZ-VOUS EU DES SINISTRES MORTALITE SUR D'AUTRES ANIMAUX ? (Si oui préciser les causes, le coût et la date) : _____

NOM ET ADRESSE DU VETERINAIRE HABITUEL DE L'ANIMAL : _____

QUELLES GARANTIES SOUHAITEZ VOUS ?

(barrez les mentions inutiles)

/ MORTALITE ?/

/ INVALIDITE ?/

/ FRAIS VETERINAIRES ?/

PARTIE À REMPLIR INTEGRALEMENT PAR LE VETERINAIRE

NOM DU CHEVAL : _____ RACE : _____

DATE DE NAISSANCE (J.M.A) : _____ N° SIRE : _____

SEXE : _____ SIGNALEMENT (couleur, signes particuliers) : _____

EMPLOI (Ex : CSO, CCE, RANDO, etc...) : _____

(Si compétition) dans qu'elle catégorie concurre habituellement le cheval ? :

SI POULINIÈRE, indiquer nombre de gestations et date prochaine mise bas : _____

APPRECIATION SUR L'ETAT DE SANTE (bon/moyen/mauvais) : _____

SI EXISTENCES D'AFFECTIONS : SIGNES CLINIQUES OU TARES LES INDIQUER : _____

ETAT D'ENTRETIEN
(bon/moyen/mauvais) : _____

APTITUDE A L'EMPLOI
(bon/moyen/mauvais) : _____

VALEUR MARCHANDE
ESTIMEE : _____

. Dans l'environnement du cheval, certains animaux ont-ils fait l'objet de soins ou traitements médicaux autres que vaccins et vermifugation au cours des 12 derniers mois ? si oui, lesquels :

. Est-il prévu des opérations sur certains animaux ? _____

. Y-a-t'il des maladies contagieuses dans le lieu de résidence du cheval ? Si oui, indiquer et préciser les mesures sanitaires et d'ordre sanitaire prises : _____

Date :

Signature du vétérinaire :

Signature du préposant :

PARTIE À REMPLIR INTEGRALEMENT PAR LE VETERINAIRE

Les membres sont-ils saints et nets (pas de boiterie, de claquage, etc...) : _____

Y'a-t-il des anomalies dans les allures ? : _____

Le caractère est-il normal ? _____

Pour les chevaux de compétition : auscultation cardiaque (nombre de pulsations minute)
 1/au repos _____ 2/après effort _____ 3/après 10 min _____

L'appareil respiratoire est-il en parfait état ? _____

Y'a-t-il des anomalies ophtalmologiques ? _____

Y'a-t-il des affections de l'appareil digestif ? _____

Y'a-t-il des anomalies ou des affections de l'appareil génital susceptibles de nuire à l'emploi de géniteur ou à la santé du cheval ? _____

Y'a-t-il eu des interventions chirurgicales ? Si oui, préciser les dates et natures : _____

Le test de COGGINS pour l'anémie infectieuse a-t-il été effectué ? (si oui, joindre certificat) : _____

INDIQUER LES VACCINATIONS EFFECTUEES : TETANOS (oui/non, date) _____
 RAGE (oui/non, date) : _____ GRIPPE (oui/non, date) : _____

A REMPLIR UNIQUEMENT SI GARANTIE INVALIDITE SOUHAITEE :

Je soussigné..... Docteur vétérinaire, atteste avoir fait ce jour des radiographies de chaque membre antérieur (sabot inclus) du cheval ci-dessus désigné et qu'après examen de ces clichés, j'atteste que ce cheval ne présente pas ou ne laisse pas présager de signe de syndrome naviculaire.
 Autres anomalies éventuelles constatées après examen de ces radiographies :

J'ai également pratiqué sur l'animal les tests dits de « flexions » des quatre membres et atteste qu'ils ne laissent pas présager de signes de boiteries futures.

AVIS POUR ATTRIBUTION DE LA GARANTIE INVALIDITE : FAVORABLE/DEFAVORABLE

ATTENTION, LES RADIOGRAPHIES ET LEUR INTERPRETATION DEVRONT ETRE CONSERVEES PAR LE PROPRIETAIRE DU CHEVAL DURANT TOUTE LA DUREE DU CONTRAT, L'ASSUREUR POUVANT LES RECLAMER A TOUT MOMENT, LEUR NON PRESENTATION ENTRAINERAIT IMMEDIATEMENT UNE DECHEANCE DE LA GARANTIE INVALIDITE.

Fait à : _____
 Signature et cachet du vétérinaire :

le : _____
 Signature du proposant :

N'OUBLIEZ PAS !

La validité du certificat vétérinaire ne dépasse pas 15 jours
 Pièces à joindre **impérativement** avec le présent certificat :
Copie de la page identification et signalement graphique du livret SIRE

Dossier à retourner à :

PATRICK BARRAUX ASSURANCES
9, rue de la Madeleine - 22130 - PLANCOET
Tel : 02 96 84 11 25 Fax : 02 96 84 14 53