

**DEMANDE DE SOUSCRIPTION : Assurance Saillie - Gestation****Cabinet ALLARD & FORGIN - Bigeon Assurances**126 Avenue de l'Atlantique – 53 000 LAVAL - Tél : 02 43 72 35 49 – [bigeoncourtage@gmail.com](mailto:bigeoncourtage@gmail.com)

N° CLIENT :

N° CONTRAT :

DATE D'EFFET :

■ **NOM ET PRÉNOM DU SOUSCRIPTEUR** : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... Email : .....

Profession : .....

Etes-vous propriétaire du produit désigné ci-dessous : Oui  Non  (1) ..... Proportion : ..... %

Si vous n'êtes pas le(s) propriétaire(s) de ce produit, indiquez en quelle qualité vous agissez ou pour le compte de qui : .....

Avez-vous eu des sinistres au cours des trois années précédentes ? Oui  Non  (1) Si oui, indiquez les causes : .....■ **NOM, PRÉNOM ET COORDONNÉES COPROPRIÉTAIRE(S)** Souhaite (nt)- t- il (s) garantir sa (leur) part (s) : Oui  Non  (1)À compléter uniquement si ce (s) dernier (s) souhaite (nt) garantir sa (leur) part (s)

..... Proportion : ..... %

■ **NOM DE LA JUMENT** : «Mère» .....

Numéro de Sire : ..... Race : ..... Né(e) le : .....

Père: «Père»..... Mère : .....

Lieu de stationnement de la jument : .....

■ **NOM DE L'ÉTALON 2021** : .....■ **DATE DU 1<sup>er</sup> SAUT PRÉVU OU DATE DE TERME SI GESTANTE** : .....

Conditions de règlement de la saillie : .....

**JOINDRE UNE COPIE DE LA FACTURE D'ACHAT DE LA SAILLIE DUMENT ACQUITTÉE**■ **VALEUR D'ASSURANCE DEMANDÉE** : ..... € représentant ..... % de la valeur totale.■ **EXTENSION « Frais de Chirurgie d'Urgences » (prise en charge plafonnée à 4.000€)** : Oui  Non  (1)

Coût de l'extension : GRATUIT

VALABLE UNIQUEMENT À COMPTER DE LA NAISSANCE DU PRODUIT JUSQU'ÀUX 30 JOURS OU 90 JOURS DU FOAL, SELON L'OPTION CHOISIE.■ **OPTION** :  48h (Porteurs de Parts) /  30 jours /  90 jours■ **PRODUCTION ANTÉRIEURE** (sauf jument Maiden) (\*) (\*) Si le produit est mort à la naissance ou plus tard, merci de le préciser

ANNEE DE SAILLIE (poulinage N+1)	NOM DU PRODUIT	VIDE	AVORTÉE	AUTRE (préciser) (*)	NOM DE L'ETALON
2017 (poulinage 2018)					
2018 (poulinage 2019)					
2019 (poulinage 2020)					
2020 (poulinage 2021)	GESTANTE : (OUI/NON)				

Le : ..... **Signature** :

Cadre réservé à l'expert, merci de ne rien mentionner.

**(1) Cocher les cases correspondantes**

# Certificat Vétérinaire : Assurance Saillie - Gestation

Cabinet ALLARD & FORGIN - Bigeon Assurances

126 Avenue de l'Atlantique – 53 000 LAVAL - Tél : 02 43 72 35 49 – [bigeoncourtage@gmail.com](mailto:bigeoncourtage@gmail.com)

Je soussigné (e), Docteur vétérinaire .....

Certifie avoir examiné le : ..... / ..... / ..... chez : .....

Demeurant : .....

La **JUMENT** désignée ci dessous :

Nom de la poulinière	Race	Date de Naissance	Robe	Père	Mère
Marques particulières :				Grand- Père Maternel	

Le signalement correspond à celui porté sur son document d'accompagnement : OUI  NON

Je déclare que cette jument est :

MAIDEN : OUI  NON

GESTANTE : OUI  NON  à terme le : ..... / ..... / .....

VIDE : OUI  NON

SUITÉE : OUI  NON  date du poulinage : .... / ..... / .....

Et qu'elle n'a pas encore été saillie ni inséminée pour la saison de monte en cours.

>Je déclare que cette jument ne présente aucun signe clinique de maladie ni d'affection de l'appareil génital (vulvoplastie correctement pratiquée si applicable), que son état général est satisfaisant et compatible avec son aptitude à la reproduction et à pouliner normalement.

>Je déclare que la palpation des deux ovaires, de l'utérus et du col de la jument non gestante, au moment de l'examen, ainsi que l'examen visuel du col et du vagin, ne devra révéler aucune anomalie empêchant ou restreignant la mise à la reproduction de la jument. En cas de gestation, une palpation rectale permettra de qualifier la jument d'apte à la reproduction sans autre examen.

>Je déclare considérer la poulinière ci-dessus nommée, **apte à la reproduction**, sous réserve des remarques ci- dessous :

.....  
.....  
.....

>Je déclare que cette jument est valablement vaccinée contre :

– La rhinopneumonie (HV1) : OUI  NON  : Date du dernier rappel :...../ .. / .....

– La grippe : ..... OUI  NON  : Date du dernier rappel : ..... / ..... / .....

– Le tétanos : ..... OUI  NON  : date du dernier rappel : ..... / ..... / .....

(1)Cocher les cases correspondantes

Fait à : ..... le : ..... Signature et Cachet :

**CE DOCUMENT NE DOIT PAS ÊTRE ANTÉRIEUR À 15 JOURS AU MOMENT DE LA PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE**