



Cabinet Antoine FORGIN
BIGEON Assurances
126 avenue de l'Atlantique – 53 000 Laval
02 43 72 35 49 – bigeoncourtage@gmail.com



Demande de souscription « SAILLIE » avec Certificat Vétérinaire

NOM ET PRÉNOM DU SOUSCRIPTEUR :

DATE D'EFFET :

Adresse :

Téléphone :/..... //..... / Email :

Profession :

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

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

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.....%

Avez-vous eu des sinistres au cours des trois années précédentes ? Oui Non (1) Si oui, indiquez les causes :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA JUMENT :

Nom de la jument		Née le		Race	
N° de Sire			Père		
Lieu de stationnement :			Mère		
Nom de l'étalon 2022			Date de 1 ^{er} saut prévu : (ou date de terme si gestante)		
Conditions de règlement*€				
Option Poulain Vivant	48H	30 JOURS	90 JOURS		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

*joindre une copie de la réservation et ou de la facture acquittée.

PRODUCTION ANTERIEURE (sauf jument maiden) :

ANNEE DE SAILLIE	NOM DU PRODUIT	VIDE	AVORTEE	AUTRE (à préciser)	NOM DE L'ETALON
2018 (poulinage 2019)					
2019 (poulinage 2020)					
2020 (poulinage 2021)					
2021 (poulinage 2022)	GESTANTE : OUI - NON				

Je déclare également avoir tenu informé le vétérinaire chargé de remplir le certificat vétérinaire destiné à l'Assureur de tout élément connu de moi concernant l'état de santé du cheval.

Je déclare donner mon accord ferme pour l'établissement du contrat.

Le : Signature :



Cabinet Antoine FORGIN

BIGEON Assurances

126 avenue de l'Atlantique – 53 000 Laval
02 43 72 35 49 – bigeoncourtage@gmail.com



Certificat Vétérinaire

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

Je soussigné (e), Docteur vétérinaire, certifie avoir examiné ce jour, chez :

Demeurant :

La jument désigné ci-dessous, identifié par le numéro Sire :

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

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
SUITEE : OUI NON date du poulinaage :/...../.....

Et qu'elle n'a pas encore 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 :

Observations :

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