

**PROPOSTA DE SEGURO****VIDA DE CAVALOS**

Apelido do proponente (Sr. ou Sra.) .....

Nome .....

Morada .....

.....

Código postal ..... Tel.: ..... Fax:

E-mail: .....

Profissão: .....

É proprietário do cavalo proposto? : SIM /NÃO em que proporção: ..... ?

Se não é proprietário a 100% do cavalo, indique em que qualidade está a agir e por conta de quem: .....

.....

**Dados sobre o cavalo a segurar:**

Nome: ..... N.º Cert. De Origem / Passaporte (Juntar Cópia) : .....

Pai: ..... Mãe: ..... Par: .....

Sexo: ..... Raça: ..... Nascido(a) em: ..... Pelagem: .....

Utilização: .....

Se se trata de uma égua de cria, indicar o nome do garanhão que a cobriu, bem como o preço da cobertura:

Valor total (100%) do cavalo: .....

Valor declarado para o seguro: ..... representando a minha parte, ou seja: ..... % do valor total

Local e estacionamento habitual do cavalo: .....

**Extensão de capital para a cobertura de Operações Cirúrgicas de Emergência : SIM /NÃO:..... ?**

( Aumenta o capital seguro para € 4.000,00 para esta cobertura )

Qualquer reticência ou declaração intencionalmente falsa, qualquer omissão ou falsa declaração feita pelo Proponente a respeito dos elementos constitutivos do risco, e por si conhecidos, implica a aplicação, consoante o caso, das sanções previstas nos artigos L 113-8 e L 113-9 do Código dos Seguros.

Eu, abaixo-assinado, declaro que as minhas respostas são, tanto quanto sei, exactas, que não ocultei qualquer circunstância que deveria ter sido comunicada, e proponho que essas declarações sirvam de base à elaboração do contrato que pretendo subscrever.

Feito em:

A:

Assinatura:

As informações contidas no presente documento destinam-se aos N/ próprios ficheiros e eventualmente aos dos organismos profissionais do seguro. Pode solicitar o acesso às informações que lhe dizem respeito e, se for o caso, pedir a sua rectificação.



Le Centaure



## CERTIFICADO VETERINÁRIO PARA SEGURO DE VIDA DE CAVALOS

O objectivo deste exame é identificar o cavalo em questão, e informar a companhia de todo e qualquer facto médico de que tenha conhecimento e/ou que tenha obtido aquando do exame. Os cavalos devem ser examinados em movimento.

Eu abaixo-assinado, \_\_\_\_\_ certifico ser veterinário especializado em cavalos, titular de um direito de exercer a medicina e ter examinado nesta data:

NOME do CAVALO: \_\_\_\_\_ IDADE (Se "Poldro" data de nasc.): \_\_\_\_\_ PELAGEM \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ RAÇA: \_\_\_\_\_ N.º SIRE \_\_\_\_\_

Se cavalo castrado, especificar a data da castração se efectuada nos últimos 12 meses: \_\_\_\_\_

Se se trata de uma égua, indicar se esta é gestante: \_\_\_\_\_

PAI: \_\_\_\_\_ MÃE: \_\_\_\_\_

Pertença de: \_\_\_\_\_

Confirmo o que se segue:

- |   |   |
|---|---|
| 1. A frequência cardíaca e a respiração estão normais;                | 8. O coração está normal à auscultação;                       |
| 2. A temperatura fisiológica está normal;                             | 9. O maneio do estábulo é o adequado;                         |
| 3. Os olhos estão clinicamente normais;                               | 10. Ausência de histórico de cólicas;                         |
| 4. Ausência de histórico ou de sinais de Hepistaxis uni ou bilateral; | 11. O cavalo parece estar de boa saúde;                       |
| 5. Ausência de sinais ou de relatório de cirurgia;                    | 12. Ausência de histórico ou de sinais de Laminite/aguamento; |
| 6. Ausência de histórico ou de sinais de nevrectomia;                 | 13. Ausência de histórico ou de sinais de claudicação;        |
| 7. Se se trata de um macho inteiro, os dois testículos estão normais; | 14. O animal é regularmente vacinado e desparasitado.         |

Descreva os pontos acima mencionados que, do seu conhecimento, são anormais: \_\_\_\_\_

No caso em análise, tal tem consequências na capacidade de sobrevivência do animal? \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PARA OS POLDROS DE 24 HORAS A 45 DIAS

Nascimento normal e sem complicação? Sim  Não  Data e hora do nascimento: \_\_\_\_\_

Resultado do IgG e data da recolha: \_\_\_\_\_

O poltro tomou algum medicamento, plasma ou complemento de colostro? Se sim, especifique: \_\_\_\_\_

Qual a data do último parto da égua de cria no ano passado? \_\_\_\_\_

Confirmo igualmente o que se segue:

- |   |  |
|---|--|
| 1. O poltro assumiu uma atitude locomotora de sucção/mamada consideradas normais; | 4. O poltro não mostra qualquer sinal de cólicas;                                |
| 2. O poltro não tem defeitos maiores de conformação;                              | 5. Ausência de sinais de diarreia;   |
| 3. Não houve fracturas de costelas aquando do parto;                              | 6. Se o poltro foi criado por uma mãe de leite a égua aceitou bem essa situação? |

Descreva os pontos acima mencionados que são anormais: \_\_\_\_\_

### IMPORTANTE (para cavalos de qualquer idade)

Na sua opinião, existem outros factos que devam ser levados ao conhecimento da companhia de seguros? \_\_\_\_\_

NOME DO VETERINÁRIO (em letras maiúsculas): \_\_\_\_\_

DATA DA VISITA \_\_\_\_\_ Hora da visita: \_\_\_\_\_ Local da visita: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_ CARIMBO: \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE PARA O SEGURO DE VIDA

(Deve ser assinada pelo proprietário ou pelo responsável do cavalo)

**Queira ler atentamente este documento e devolvê-lo devidamente preenchido com brevidade**

NOME DO PROPRIETÁRIO:

PARTE DA PROPRIEDADE:

%

<b>NOME DO CAVALO:</b>  <b>SEXO:</b> <b>RAÇA:</b>  <b>NASCIDO(A) EM:</b>	<b>PAI:</b> <hr/> <b>MÃE:</b> <hr/> <b>UTILIZAÇÃO:</b> <hr/> <b>LOCALIZAÇÃO:</b>	<b>VALOR SEGURO:</b>
--	---	----------------------

**Nos últimos 18 meses, o cavalo acima teve:**

**SIM/NÃO**

1) Tanto quanto lhe foi dado a conhecer : olhos normais, uma respiração e uma locomoção normais; um estado de saúde normal para ser segurado por mortalidade?

Caso contrário, especifique:

2) Cólicas ou doenças relacionadas com cólicas?

Se sim, especifique e indique a data:

O animal recuperou completamente?

3) Alguma afecção grave ou doença decorrente de cirurgia?

Se sim especifique e indique a data (anexar o relatório veterinário):

O animal recuperou completamente? :

4) Esteve estacionado nalgum estábulo ou outro local atingido por uma doença contagiosa ou infecciosa?

Se sim, especifique e indique a data:

5) Pontas de fogo ou fogueado , vesicado , nevrectomia, foi operado ou recebeu um tratamento para a Claudicação ( para alem das sobrecanas / Exostoses )ou o animal tem uma má / frágil conformação ?

Se sim, especifique e indique a data:

O animal recuperou completamente?:

6) Foi alvo de um tratamento veterinário diferente da vacinação (**desde que é proprietário do cavalo, se é o primeiro ano de seguro na Centaure, ou durante os últimos 12 meses, se se trata de uma renovação de contrato**).

Se sim, especifique e indique as datas e o nome do veterinário que assegurou o tratamento:

O animal recuperou completamente?

**Pela presente, certifico e confirmo que as declarações estão correctas e exactas, e que nenhuma informação susceptível de alterar a apreciação do risco pela Seguradora foi omitida.**

ASSINATURA: \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

Você é:

O PROPRIETÁRIO

O TREINADOR

O RESPONSÁVEL OU CAVALEIRO

Qualquer reticência ou declaração intencionalmente falsa, qualquer omissão ou falsa declaração feita pelo proponente quanto aos elementos constitutivos do risco, por si conhecidos, levam à aplicação, consoante o caso, das sanções previstas nos arts. L 113-8 e L 113-9 do Código dos Seguros.