



REPRESENTANT GAN

Cabinet MARRAUD
870 AV JEAN BRU - BP 70357
47008 AGEN CEDEX
TEL : 05.53.47.31.36
Orias: 11 059 371
agen-prefecture@gan.fr

SOUSCRIPTEUR

Nom: _____ **Prénom :** _____
Nom de jeune fille : _____
Date de naissance : _____ **Lieu de naissance :** _____
Profession : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ **Ville :** _____
Email : _____
Tel : _____

ANIMAL PROPOSÉ A L'ASSURANCE

Nom : _____ **Valeur à assurer :** _____ €
Sexe : Hongre Jument Etalon **N° SIRE :** _____
Date de naissance : / / **N° de Transpondeur (puce) :** _____
Race : _____ **Robe :** _____

ACTIVITÉ DE L'ANIMAL DÉCLARÉE A LA SOUSCRIPTION

Seule l'activité ou la discipline principale et habituelle de l'animal doit être cochée (*)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Elevage | <input type="checkbox"/> Promenade, Rando | <input type="checkbox"/> CSO | <input type="checkbox"/> Course de plat |
| <input type="checkbox"/> Etalon Reproducteur | <input type="checkbox"/> Equitation Western | <input type="checkbox"/> CCE | <input type="checkbox"/> Course de Haie |
| <input type="checkbox"/> Jument poulinière | <input type="checkbox"/> Horse-Games | <input type="checkbox"/> Dressage | <input type="checkbox"/> Steeple-Chase |
| <input type="checkbox"/> Manège | <input type="checkbox"/> Présentation d'Attelage | <input type="checkbox"/> Cross-Country | <input type="checkbox"/> Trot monté/attelé |

- **Quel est le lieu habituel de résidence de l'animal ?** (Adresse complète de l'écurie)

ANTÉRIORITÉ DE L'ANIMAL

- Depuis quand possédez-vous l'animal proposé à l'assurance ?
- L'animal a-t-il déjà été atteint d'affections ou de blessures ? Oui Non
- Si oui, lesquelles et quand?

GARANTIES DEMANDÉES				
Garanties	Formules			
	Mini	Chirurgie	Intermédiaire	Complète
Garanties de bases				
• Mortalité	✓	✓	✓	✓
• Vol	✓	✓	✓	✓
• Equarrissage	✓	✓	✓	✓
Frais vétérinaires				
• Chirurgies pré et post opératoires pour la survie de l'animal		✓	✓	✓
• Honoraires Vétérinaires			✓	✓
• Frais pharmaceutiques			✓	✓
• Chirurgies suite à un accident ou une maladie			✓	✓
Plafond/an		5000 €	3000 €	6000 €
Options complémentaires (cochez celles qui vous intéressent)				
• Rapatriement (10.5€/an)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• RC propriétaire (26€/an)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Invalidité (Nous consulter)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Individuelle Accident du Cavalier*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VOTRE CHOIX DE LA FORMULE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Nous consulter pour connaître le tarif

Conformément à la Loi 78-17 du 06 Janvier 1978 modifiée, le Souscripteur peut demander à l'Assureur, moyennant perception de la redevance prévue par l'Article 35 de ladite Loi, communication, rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de la Société ou de ses mandataires. Ces demandes sont à adresser à la Direction des Relations Consommateurs de GAN ASSURANCES IARD – Immeuble Michelet – 4 à 8, cours Michelet, 92082 Paris La Défense Cedex, en mentionnant la référence "ACCES AUX INFORMATIONS NOMINATIVES".

Je soussigné, certifie sincères les déclarations qui précèdent et propose qu'elles servent de base au contrat d'assurance que je désire. Toute réticence ou fausse déclaration, toute omission ou déclaration inexacte est sanctionnée par la nullité du contrat {Articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances}. En vertu de l'article L112-2 du code des assurances la proposition d'assurance n'engage ni l'assureur ni l'assuré.

Ce document est valide pendant un mois à compter de la date de la signature et doit être obligatoirement accompagné :

- d'une copie du Document légal d'Identification de l'animal à assurer (page 1,6 et 7 du carnet),
- du Certificat Sanitaire Gan, intégralement complété par le vétérinaire (traitant),
- Rib si choix d'un paiement mensualisé,
- Copie d'un justificatif d'identité.

A _____, le _____

LE SOUSCRIPTEUR