



CERTIFICAT VETERINAIRE POUR L'ASSURANCE MORTALITE

Le but de cet examen est d'identifier le cheval en question, et d'informer la compagnie de tout fait médical dont vous avez connaissance et/ou obtenu lors de votre examen. Les chevaux doivent être examinés en mouvement. Une observation particulière doit être faite sur les conditions d'hébergement et la présence de maladies contagieuses, infectieuses ou autres problèmes liés à la santé et au bien-être du cheval.

Je, soussigné Dr _____, vétérinaire équin, certifie avoir examiné le cheval suivant :

NOM du cheval _____ n°d'immatriculation: _____

Père : _____ Mère : _____

Date de naissance : __/__/__ Race : _____ Sexe : _____ Robe : _____

Si hongre, préciser la date de castration : __/__/__

Si jument, préciser si elle est gestante et si oui, préciser la date de dernier service : _____

Je confirme ce qui suit :

1. Le système cardio-vasculaire est normal	10. Absence de signes d'ataxie
2. La température est normale	11. Le cheval est régulièrement vacciné et vermifugé et s'il s'agit d'une poulinière, vaccinée contre la rhinopneumonie
3. L'examen ophtalmologique est normal	12. Le caractère est normal (ex : absence de rétivité)
4. Absence d'historique ou de signe d'hémorragie	13. L'examen génital ne révèle aucune malformation ou affection nuisible à sa fonction
5. Absence de signe ou de rapport de chirurgie	14. Les deux testicules sont normaux à la palpation
6. Absence d'historique de colique	15. L'écurie est saine
7. Absence d'historique ou de signe de névrectomie	16. Le cheval semble être en bonne santé
8. Absence d'historique ou de signe de fourbure	17. Si c'est un mâle, les 2 testicules sont normaux à la palpation
9. Absence d'historique ou de signe de boiterie	18. Le cheval est apte à l'utilisation déclarée soit : _____

Décrivez les points ci-dessus qui, en vertu de votre connaissance, sont anormaux : _____

Le cas échéant, cela a-t-il des conséquences sur la capacité à vivre du cheval ? _____

Selon vous, existe-t-il d'autres faits qui devraient être portés à la connaissance la compagnie d'assurance ? _____

NOM DU VETERINAIRE (En lettre majuscules) : _____

Etes-vous le vétérinaire traitant : OUI NON

Date de la visite : __/__/20__ Heure de la visite : __h__ Lieu de la visite : _____

Signature du vétérinaire :

Cachet :

▶ CE CERTIFICAT DOIT PARVENIR À EQUINAXY DANS LES 10 JOURS SUIVANT LA VISITE VETERINAIRE