

DECLARACIÓN DE SALUD CABALLOS

El propósito de esta declaración es identificar y examinar el caballo, objeto de este seguro, tanto en reposo como en ejercicio, de acuerdo con este formulario y reportar a la compañía de cualquier detalle médico en particular conocido u observado por Usted o su veterinario.

Tomador:

Nombre y apellidos / Razón social:
N.I.F/C.I.F.:
Dirección:

Datos del caballo:

Nombre: Fecha de nacimiento:
Capa: Sexo: Raza: Uso:
Padre: Madre:
Nº Microchip:

Historial

- ¿Antecedentes de cirugía abdominal?: Si No
- ¿Antecedentes de cólicos en los últimos seis meses?: Si No
- ¿Antecedentes de neumonías?: Si No
- ¿Antecedentes de heridas graves?: Si No
- ¿Antecedentes de otras enfermedades?: Si No
- Aerofagia: Si No
- Cocea: Si No
- Se pone de manos: Si No
- Se tira para atrás: Si No
- Presenta cojeras: Si No

Si la respuesta es SI en alguna de las anteriores preguntas, por favor, indicar detalles, tratamiento, fecha de ocurrencia y de recuperación :

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

Se vacuna, como máximo, cada 6 meses, contra Influenza y Tétanos: Si No

El aspecto de salud general del caballo presenta normalidad: Si No

Normalidad en examen de ojos y piel: Si No

Alojamiento **Box** **Prado**

Lugar de alojamiento: (Domicilio, club, centro, yeguada.....).....

Aparato Reproductor: Macho Testículos: 1 2 Castrado Yegua Preñada Vacía

Por favor, rogamos preste atención al completar este formulario ya que de no ser veraz la información indicada la Compañía Aseguradora se reserva el derecho de no aceptar la cobertura o, una vez emitida póliza, rechazar una posible reclamación.

Tomador / Veterinario

Firma y fecha:

Enviar a por mail a:

BLANCO MEDIADORES S.L. Correduría de Seguros
c/ Copenhague nº 12, 206- 28232 Las Rozas, Madrid
mail: info@segurocaballo.com

La declaración deberá tener una antigüedad máxima de 30 días con relación a la solicitud de seguro