

**Proposition d'assurance pour solipèdes**  
**Versicherungsantrag für Einhufer**

(Remplir une proposition par animal à assurer / einen Antrag pro zu versicherndes Tier ausfüllen)

Nouv./Mod./Remp. \_\_\_\_\_  
Police no \_\_\_\_\_  
Agent \_\_\_\_\_

Mme/Frau \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
M./Herr \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Rue/Strasse \_\_\_\_\_ No/Nr. \_\_\_\_\_ Tél./Tel. \_\_\_\_\_

NPA/PLZ \_\_\_\_\_ Lieu/Ort \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Nom de l'animal \_\_\_\_\_ Jument/Stute \_\_\_\_\_ Date de naiss. \_\_\_\_\_  
Name des Tieres \_\_\_\_\_ Hongre/Wallach \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Etalon/Hengst \_\_\_\_\_

Race \_\_\_\_\_ Utilisation \_\_\_\_\_ Valeur d'ass. CHF \_\_\_\_\_  
Rasse \_\_\_\_\_ Gebrauchsart \_\_\_\_\_ Versicherungswert \_\_\_\_\_

No du passport (joindre copie) \_\_\_\_\_  
Nr. des Pferdepasses (Kopie beilegen) \_\_\_\_\_

Assurance frais de traitements / Behandlungskostenversicherung	PRIMA			OPTIMA			ULTIMA			Prime/an Prämie/Jahr CHF
Prise en charge Versicherungsschutz	Accident & chirurgie d'urgence Unfall und Notfall Chirurgie			Accident, chirurgie & maladie Unfall, Chirurgie & Krankheit			Accident, chirurgie, maladie et soins complémentaires Unfall, Chirurgie, Krankheit und ergänzende Leistungen			
Taux d'indemnisation Erstattungssatz der Kosten	90%			90%			90%			
Plafond par année d'assurance Maximaler Leistungsanspruch pro Jahr	15 000			25 000			50 000			
Franchise par année d'assurance / Jährlicher Selbstbehalt	1 000	500	100	1 000	500	100	1 000	500	100	
Prime mensuelle / Monatliche Prämie	29.-	39.-	49.-	59.-	79.-	89.-	79.-	99.-	119.-	
Pack ASSISTA, prime mensuelle Pack ASSISTA, monatliche Prämie	Assista comme pack complémentaire / als Zusatzpaket: CHF 5.- Assista seul / alleine: CHF 6.-									

Assurance décès Todesfallversicherung	VIVA Prima			VIVA Optima			Prime/an Prämie/Jahr CHF
Prise en charge Versicherungsschutz	Accident & chirurgie d'urgence Unfall und Notfall Chirurgie			Accident, chirurgie & maladie Unfall, Chirurgie & Krankheit			
Indemnité décès / Leistung Todesfall	100% de la valeur assurée / 100% des Versicherungswertes						
Indemnité invalidité permanente / Leistung dauernde Invalidität	50% de la valeur assurée / 50% des Versicherungswertes						
Risque de base Grundrisiko	Prime annuelle en % de la valeur d'assurance Jahresprämie in % des Versicherungswertes						
Décès / Todesfall	2.50%			4.50%			
Risque complémentaire Zusatzrisiko	Prime annuelle en % de la valeur d'assurance Jahresprämie in % des Versicherungswertes						
Invalidité permanente / Dauernde Invalidität	1.00%			2.00%			
Poulain à naître / Zu geb. Fohlen	-			1.50%			

Première période du contrat / Erste Vertragsdauer : 3 ans / Jahre Prime annuelle / Jahresprämie

A partir du \_\_\_\_\_ jusqu'au \_\_\_\_\_  
beginnend am \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ + 5% timbre fédéral / Stempelgebühr

Mode de paiement / Zahlungsmodus : annuel / jährlich + CHF 10.- frais de police ou d'avenant / Policen oder Nachtragkosten  
Avec supplément / mit Zuschlag CHF 20.- semestriel / halbjährlich

Date/Datum : \_\_\_\_\_ Signature/Unterschrift: \_\_\_\_\_

Questions / Fragen	Réponses / Antworten								
L'animal proposé à l'assurance est-il, à votre connaissance, en bonne santé? Ist das zur Versicherung beantragte Tier Ihres Wissens gesund?	<input type="checkbox"/> Oui / Ja <input type="checkbox"/> Non / Nein								
L'animal a-t-il été en traitement médical au cours des 6 derniers mois? War das Tier innerhalb der letzten 6 Monaten in Behandlung? Si oui, cause du traitement: Wenn ja, Grund der Behandlung: Nom et adresse du vétérinaire: Name und Adresse des Tierarztes:	<input type="checkbox"/> Oui / Ja <input type="checkbox"/> Non / Nein  _____ _____ _____								
L'animal a-t-il des tares ou des défauts? Si oui, lesquels? Hat das Tier Fehler oder Mängel? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Oui / Ja <input type="checkbox"/> Non / Nein  _____								
L'animal proposé à l'assurance a-t-il été importé? Si oui, quand? Ist das beantragte Tier importiert worden? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> Oui / Ja Date / Datum: <input type="checkbox"/> Non / Nein _____								
Date de l'achat: nom et adresse du précédent propriétaire: Kaufdatum: Name und Adresse des vorherigen Besitzers:	Date / Datum: _____ _____ _____								
Remplace-t-il un autre solipède assuré? Si oui, lequel? Ersetzt er ein anderes bereits versichertes Tier? Wenn ja, welches?	<input type="checkbox"/> Oui / Ja <input type="checkbox"/> Non / Nein Nom / Name: _____  Police no / Police Nr. : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
Quel est le lieu de stationnement de votre solipède? Wo befindet sich der Aufenthaltsort Ihres Tieres?	_____ _____								

Le soussigné certifie l'exactitude, la sincérité des réponses et indications qui précèdent. Il libère tout médecin-vétérinaire du secret professionnel à l'égard de la Société. Il s'engage à présenter l'animal proposé à l'assurance, en vue de son examen et de son estimation, au médecin-vétérinaire

Docteur: \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
 et à prendre en charge les honoraires qui en découlent.

Der Unterzeichnete bestätigt die Genauigkeit und Aufrichtigkeit der vorstehenden Antworten und Angaben. Er entbindet jeden Tierarzt von der Einhaltung des Berufsgeheimnisses gegenüber der Gesellschaft. Er verpflichtet sich, das zur Versicherung angemeldete Tier dem Tierarzt

Doktor: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
 zur Untersuchung und Einschätzung vorzuführen und das diesbezügliche Honorar zu übernehmen

Les conventions ou dérogations passées entre le proposant et le représentant de la Société n'engagent cette dernière que si elles sont explicitement mentionnées sur la police d'assurance.

Admachungen und Abänderungen, die zwischen dem Antragsteller und dem Vertreter der Gesellschaft eingegangen werden, sind für die Gesellschaft unverbindlich, wenn sie nicht ausdrücklich auf der Police vermerkt worden sind.

Etabli à / Ausgestellt in \_\_\_\_\_ le / den \_\_\_\_\_

Signature du représentant de la société:  
 Unterschrift des Vertreters der Gesellschaft:

Signature personnelle du proposant:  
 Persönliche Unterschrift des Antragstellers:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_