

## Vous

Société :

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP/ville :

Tél :

Mobile :

Mail :

Qualité :

Propriétaire

Non propriétaire

## Sinistre

Date :

Nature :

Accident

Colique opérée

Chirurgie

Maladie

Colique non opérée

Tendinite et assimilée

Cause :

## Tiers impliqué?

Un tiers est-il impliqué ?

OUI

NON

Si oui, s'agit-il de...

Autre cavalier

Engin à moteur

Vélo

Autre animal

## Coordonnées du tiers :

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP/ville:

Tél. :

Courriel :

## Votre équidé

Nom :

Est-il guéri ? OUI

NON

## Votre formule (facultatif)

N° contrat :

Garantie :

## Instructions

Notre service indemnisation pourra étudier votre dossier de demande de remboursement de frais vétérinaires lorsque vous nous aurez adressé l'ensemble des éléments demandés. Nous vous remercions de nous faire parvenir, en accompagnement de ce formulaire complété et signé :

### Dans tous les cas :

- Facture d'intervenants mentionnant le nom de l'équidé assuré
- Ordonnance des médicaments prescrits

**En cas de chirurgie ou problème locomoteur** (tels que boiterie, problème tendineux, musculaire ou ligamentaire, douleurs dorsales... causés par un accident ou une maladie)

- Un rapport d'intervention mentionnant la pathologie de votre cheval
- Les factures de soins.

### En cas de coliques non opérées :

- Justificatif de vermifuge (facture d'achat, facture de pension, attestation de votre vétérinaire...) datant de moins de 6 mois avant la date de survenance du sinistre.

## Signature

Fait à :

Le :

Signature :