

Vous

Nom :
Prénom :
Adresse :
CP :
Ville :
Tél. :
Email :

Qualité : propriétaire locataire
Nom du cheval :
N° de contrat :
Formule de garantie souscrite :

Sinistre

Date du sinistre :

Nature du sinistre :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Accident | <input type="checkbox"/> Tendinites et assimilées |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Ostéopathe / acupuncture |
| <input type="checkbox"/> Coliques non opérées | <input type="checkbox"/> Soins dentaires |
| <input type="checkbox"/> Coliques opérées | <input type="checkbox"/> Vaccination |
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Vermifuge |

Cause du sinistre :

Un tiers est-il impliqué ? OUI NON

Si OUI

- Autre cavalier
 Engin à moteur
 Vélo
 Autre animal

Coordonnées du tiers

Nom :
Prénom :
Adresse :
CP :
Ville :
Tél. :
Email :

Le cheval est-il guéri ? OUI NON

FAIT à :

Le :

Signature de l'assuré :