

## Vous

Société :  
Nom :  
Prénom :  
Adresse :

Tél :  
Mobile :  
Mail :

CP/ville :

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 de garantie

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 :