



Déclaration de sinistre

Multirisques Collectivités – Risques professionnels

A adresser
: Par courrier : Florence HEUZARD
39 Launay - 44850 LE CELLIER
Par mail : groupe.assurance@equiliberte.org

DATE DU SINISTRE..... HEURE..... LIEU.....
Un constat de gendarmerie ou de police a-t-il été établi : NON / OUI Par quelle autorité

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE

Numéro des CONTRATS concernés **A 124 421 274 .. A 124 427 660...A 124 427 661...A 124 456 194**

Nom – Prénom (ou Organisme)
Activité exercée
Adresse : N°..... Rue Immeuble Étage Appt n°
Code postal Ville.....
N° téléphone Personnel N° télécopie Personnel
Travail Télécopie

Êtes-vous titulaire d'une autre compagnie d'assurance d'un contrat garantissant également ce sinistre ?
Si oui, veuillez nous préciser les nom et adresse de cette compagnie et les références du contrat souscrit

Ou Votre compagnie ou mutuelle d assurance "RC et HABITATION"N° DE CONTRAT

Lui avez-vous déclaré ce sinistre ? NON/OUI Date de la déclaration

Etes vous licencié FFE ? NON OUI

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE SINISTRE

Indiquer ci-dessous :

- Les circonstances
- Le nom et l'adresse des témoins éventuels
- Si l'auteur des faits n'est pas le Souscripteur : Nom Prénom Age
Adresse Lien de parenté

Le sinistre a t il eu lieu lors d'une manifestation organisée par la FFE ou un de ses organismes décentralisés (CDTE, CRTE ou autre) ? NON OUI



EQUITANET ASSURANCES
Le spécialiste des **assurances équestres**



SI UNE OU PLUSIEURS PERSONNES ONT

Soit subi le même dommage, indiquer :

Nom(s) et adresse(s)
 1
 2
 3
 Nom(s) et adresse(s) du ou des assureur(s)
 1
 2
 3
 Numéro du ou des contrats(s)
 1
 2
 3

Soit causé le même dommage, indiquer :

Nom(s) et adresse(s)
 1
 2
 3
 Nom(s) et adresse(s) du ou des assureur(s) RC FAMILLE
 1
 2
 3
 Numéro du ou des contrat(s) HABITATION
 1
 2
 3

EN CAS DE DOMMAGES CORPORELS (blessures, décès), préciser :

Nom(s) et adresse(s) de la ou des victime(s)
 1
 2
 3
 Numéro de téléphone : 1..... 2..... 3.....

L'importance de l'atteinte corporelle

1	Décès	Blessures graves	Blessures légères
2	Décès	Blessures graves	Blessures légères
3	Décès	Blessures graves	Blessures légères

Merci de bien vouloir transmettre l'ensemble des pièces médicales sous pli cacheté, dans l'enveloppe ci-jointe.

A le

Signature

Les informations recueillies, destinées à la gestion de nos relations, font l'objet d'un traitement informatique par **EQUITANET ASSURANCES** et ses Partenaires. Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez vous y opposer et disposez d'un droit d'accès et de rectification de ces données auprès d'**EQUITANET ASSURANCES BP 65**
4 RUE E DOLET 69171 TARARE CEDEX



EQUITANET ASSURANCES
Le spécialiste des **assurances équestres**



Commentaire du gestionnaire

.....

Precisions utiles à la gestion ou au recours

.....

.....