EQU'YVELINES l'équitation liberté

DECLARATION D'ACCIDENT – *en cas de place insuffisante, vous pouvez poursuivre au verso de ce document*

*A renvoyer sous 48 heures à EQU'YVELINES qui se chargera de le transmettre à notre Assureur .**N° Contrat : MACIF 12551391***

En aucun cas vous ne devez adresser directement cet imprimé à notre Assureur.

Victime : Membre du Bureau, Dirigeante, Adhérente, Bénévole, Autres. (Rayer les mentions inutiles)
Nom – Prénom : ……
Date de naissance : ……
Adresse : ……
Adhérent EQU'YVELINES : oui – non *(rayer la mention inutile)*
N° de SS : ……..
Centre de rattachement de SS : ……
Mutuelle : oui – non *(rayer la mention inutile)*
Si oui coordonnées de l'organisme : ……..

Accident
Date : ……..
Lieu : ……..
Circonstances détaillées :
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Responsable présumé :
Nom – Prénom : ……
Adresse : ……
N° tel : ……..
Adhérent EQU'YVELINES : oui – non *(rayer la mention inutile)*

Témoin (s) de l'accident :
Nom – Prénom : ……
Adresse : ……
N° tel : ……
Adhérent E EQU'YVELINES : oui – non *(rayer la mention inutile)*

Nature du préjudice :
Dommages corporels :
Description des blessures (fournir un certificat médical de constatation des blessures)
Hospitalisation : oui / non *(rayer la mention inutile)*
Si oui durée : ……..
Dommages matériels :
Nature : ……
Montant estimé : ……..

ASSOCIATION EQU'YVELINES-W782000205
12 impasse de la Porte Blanche – 78760 JOUARS-PONTCHARTRAIN - 06 78 08 27 74
e -mail : contact@equ-yvelines.fr – site Internet : www.equ-yvelines.fr