

ASSURANCE CHASSE FORMULAIRE DE SINISTRE

à retourner dûment complété et signé par l'Assuré(e)
et/ou par le vétérinaire et ou l'armurier

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sinistre Responsabilité Civile | <input type="checkbox"/> Sinistre Décès / blessures du chien de chasse |
| <input type="checkbox"/> Sinistre corporel subi par le chasseur | <input type="checkbox"/> Dommages aux fusils |

Vous indemniser vite et bien, tel est le souhait de votre assureur. Merci de remplir soigneusement cet imprimé dans son intégralité, dès l'ouverture du dossier afin de pouvoir débiter son instruction.

Adhérent de la Fédération :

N° de contrat chasse :

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Informations sur l'adhérent

Nom et prénom (société représenté par) :

Adresse :

Tel Portable :

Mail :

Coordonnées du tiers lésé ou responsable

Date et heure à laquelle a eu lieu l'accident :

Nom et prénom (société représenté par) :

Adresse :

Tel Portable :

Mail :

Description précise des circonstances de l'accident (à compléter par l'adhérent)

Chasse petit gibier : Chasse gros gibier : Autre type de chasse :

Date et signature de l'adhérent :

⇒ **Merci d'adresser votre déclaration dûment complétée au Cabinet OURLIAC**

SIREN 390849818 ; N° ORIAS 07 000 998 ; (www.orias.fr) ; Numéro RCS Toulouse B 390 849 818; distributeur de DIOT SIACI - CLC INTERNATIONAL ASSURANCES

par courrier : Cabinet OURLIAC - CS 20524, 31005 Toulouse Cedex 6

ou par mail : contact@monassurancechasse.fr

PARTIE COMPLETEE PAR LE VETERINAIRE

Nom :
Prénom : : Téléphone :

Identification du chien blessé ou tué

Nom :
Sexe : male femelle Date de naissance :
Race :
Robe : N° de tatouage ou puce :
En cas de blessures : CAUSE des blessures et descriptif des soins apportés (joindre les factures de soins) :

En cas de décès : CAUSE des blessures ayant entraîné le décès (joindre facture d'achat du chien) :

Le vétérinaire désigné ci-dessus déclare que les informations indiquées ci-dessus sont sincères et exactes.

Cachet et signature du vétérinaire

Fait le

PARTIE COMPLETEE PAR ARMURIER

Société :
Nom :
Prénom : Téléphone :

Identification du fusil endommagé

Fabriquant :
Modèle / Type :
Numéro :
Description précise de l'origine des dommages subis par le fusil désigné ci-dessus :

Le fusil est-il réparable ? Non Oui
Fournir : Facture d'achat et devis de remplacement à l'identique
Devis : à nous transmettre

Cachet et signature de l'armurier

L'armurier désigné ci-dessus déclare que les informations indiquées ci-dessus sont sincères et exactes.

Fait le

➡ Merci d'adresser votre déclaration dûment complétée au Cabinet OURLIAC

SIREN 390849818 ; N° ORIAS 07 000 998 ; (www.orias.fr) ; Numéro RCS Toulouse B 390 849 818; distributeur de DIOT SIACI - CLC INTERNATIONAL ASSURANCES
par courrier : Cabinet OURLIAC - CS 20524, 31005 Toulouse Cedex 6
ou par mail : contact@monassurancechasse.fr