

NOUVELLE DEMANDE ACCIDENTS CAVALIER

1- PRENEUR D'ASSURANCE

NOM ET PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	
ADRESSE	
CODE POSTAL	
LOCALITE	
TELEPHONE / FAX	

2- ASSURE (si différent du preneur d'assurance)

NOM ET PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	
ADRESSE	
CODE POSTAL	
LOCALITE	
TELEPHONE / FAX	
ETAT PHYSIQUE : l'assuré souffre-t-il actuellement d'une infirmité ou maladie de nature à aggraver le risque ou toute autre atteinte importante à l'intégrité physique ? si oui laquelle ?	OUI / NON
ANTECEDENTS dates des accidents antérieurs	
Circonstances	
taux d'invalidité et séquelles	

J'accepte que les réponses à toutes les questions qui précèdent soient sauvegardées dans le fichier clients de Watinco. Aucune de ces données ne sera transmise à des tiers à l'exception des assureurs concernés

Date

Signature