

## Déclaration de sinistre Cavaliers de passage

**Cette déclaration doit être réalisée par le Club dans lequel l'accident a eu lieu dans les 15 jours suivant l'évènement.**

**Merci d'adresser cette déclaration par e-mail à [indem.ia@helmatt-assurances.com](mailto:indem.ia@helmatt-assurances.com)**

### Établissement équestre

---

N° de contrat responsabilité civile professionnelle (impératif) : .....

N° adhérent FFE : ..... Nom et Prénom du dirigeant : .....

Nom de l'établissement équestre : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

### Le cavalier

---

Nom et Prénom : .....

Date de Naissance : \_\_/\_\_/\_\_ Fléchage :  Tourisme  Cheval  Pon

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tel : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Email : .....

Responsable légal (si mineur) : .....

Profession : .....

### Équipement personnel de sécurité :

Aucun  Casque  Gilet

Autre (précisez) : .....

### L'équidé

---

N° SIRE : ..... Nom : .....

## Circonstances de l'accident

---

Date : \_\_/\_\_/\_\_ Heure : .....

### Lieu :

Dans une enceinte de l'établissement :

Carrière       Écurie       Manège       Extérieur

Terrain de concours

Autre (précisez) : .....

Sur voie publique (précisez) : .....

Lors de l'accident le cavalier était :

À pied       À cheval

### Discipline :

CSO       CCE       Dressage       Attelage       Voltige

Endurance       Horse-ball       Travail sur le plat

Promenade / Randonnée

Autre (précisez) : .....

Pratique compétitive :

Oui (n° de concours) : .....

Non (nombre d'heures de pratique/semaine) : .....

(Nombre d'années d'expérience en équitation) : .....

À votre connaissance, la victime a-t-elle déjà eu un accident d'équitation :

Oui ; à quelle date ? \_\_/\_\_/\_\_       Non

Activité encadrée :     Non     Oui, Numéro de Licence de l'encadrant : .....

Nom et Prénom de l'encadrant : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Prise en charge :

Médecin de ville     Hospitalisation     Service d'urgences

Autres : .....

**Description précise des circonstances** (lieu, météo... à ce stade, ne pas mentionner de donnée médicale) :

.....

.....

.....

.....

.....

**Identité et coordonnées complètes du ou des témoin(s) :**

.....

.....

.....

.....

.....

Déclaration faite à ..... le .....

Par la signature du présent document vous déclarez et reconnaissez que les informations reportées dans le présent document sont sincères et exactes.

**Signature :**

## Protection de vos données personnelles

Helmett, en qualité de Responsable de traitement, traite les données à caractère personnel que vous nous fournissez à des fins de gestion de votre indemnisation. Elles pourront également être utilisées à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance et contre le blanchiment / financement du terrorisme. En aucun cas, ces données ne seront utilisées à des fins de prospection commerciale ou à toute autre fin.

Ce traitement est fondé sur l'exécution de nos obligations contractuelles.

Pour garantir la confidentialité de ces données, elles sont uniquement accessibles :

- Par notre personnel spécifiquement formé à leur traitement, et
- Dans les seuls cas où leur transmission est nécessaire pour l'instruction et la gestion de votre indemnisation, aux assureurs, réassureurs, organismes professionnels, experts, avocats, partenaires ainsi que les tiers dont l'intervention est nécessaire pour la gestion de ce dossier.

Ces données sont conservées le temps nécessaire à la gestion de votre dossier. Elles sont ensuite archivées pour une durée fixée en tenant compte de la réglementation applicable et des contraintes opérationnelles de nos compagnies d'assurances partenaires, dont notamment la satisfaction de leurs obligations comptables ou de demandes émanant d'organismes publics.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données ainsi que du droit de vous opposer à leur utilisation sous certaines conditions, que vous pouvez exercer à l'adresse électronique suivante : [rgpd@helmett-assurances.com](mailto:rgpd@helmett-assurances.com) ou à l'adresse postale suivante : HELMETT - Responsable Risques & Conformité - 3 Boulevard Richard Lenoir -75011 Paris. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Pour en savoir plus, consultez notre Politique de Confidentialité présente sur le site <https://www.helmett-sport.com/politique-de-confidentialite>.