



- 36, quai Arloing - 69 256 **LYON** cedex 09  
**Tél: 04 72 53 72 10** - Fax: 04 72 53 24 81  
[lyon@cheval-daventure.com](mailto:lyon@cheval-daventure.com)
  - 41, bld des Capucines - 75 002 **PARIS**  
**Tél: 01 55 42 81 04** - Fax: 01 55 42 81 01  
[paris@cheval-daventure.com](mailto:paris@cheval-daventure.com)
- [www.cheval-daventure.com](http://www.cheval-daventure.com)

Lic : LI-069-95-0017

## Décharge d'assurance

Nous vous demandons de remplir **obligatoirement** cette décharge, si vous ne souscrivez pas l'assurance Multirisques (3,5% du prix de votre voyage) proposée par CHEVAL D'AVENTURE.

En effet, du fait du caractère particulier de nos voyages, nous nous trouvons dans l'obligation d'exiger une couverture "Assistance Rapatriement" pour les participants de tous nos voyages.

Nous vous suggérons de bien vérifier les conditions de prise en charge de votre assurance, car si celle-ci n'était pas en mesure d'intervenir, nous serons dans l'obligation de faire appel à notre assureur, qui vous demandera de prendre à votre charge l'intégralité de sa prestation.

L'EQUIPE CHEVAL D'AVENTURE

Je soussigné(e), .....

Participant au voyage : ..... N° de Dossier : .....

Reconnais avoir eu la possibilité de souscrire le contrat d'assurance Multirisques proposé par CHEVAL D'AVENTURE (Européenne d'Assurance). J'atteste avoir souscrit une assurance dont les garanties incluent "l'assistance rapatriement", et cela même dans le cadre des activités proposées par CHEVAL D'AVENTURE :

Compagnie d'Assurance : .....

Téléphone d'assistance (jour et nuit) : .....

N° de Contrat : .....

**Je suis informé des conditions d'éloignement des centres de secours dans lesquelles peuvent se dérouler mon voyage et décharge CHEVAL D'AVENTURE de toute responsabilité en cas d'assistance médicale ou de rapatriement.**

**Je m'engage à me munir de mon contrat d'assurance ASSISTANCE (Compagnie, N° de contrat et N° de téléphone) pendant le voyage.**

Signature et mention "Lu et approuvé" : .....