DECLARATION DE SINISTRE

ASSURANCE FOYERS RURAUX 2012-2013

N°148339/N

SMACL Assurances
Stéphane HEMERY – Amélie GUILLOT
Pôle Partenariat
141 Avenue Salvador Allende
79031 NIORT Cedex 9
Mail : cnfr@smacl.fr

REMPLIR AVEC PRECISION ET RENVOYER A VOTRE STRUCTURE FEDERALE ACCOMPAGNEE DE L'ATTESTATION D'ADHESION DE L'ADHERENT OU DE L'AUTEUR DES DOMMAGES

SI LA VICTIME EST TITULAIRE D'UNE LICENCE SPORTIVE MERCI DE TRANSMETTRE EGALEMENT CETTE DECLARATION A LA FEDERATION SPORTIVE.

FOYER RURAL - ASSOCIATION LOCALE - FEDERATION - UNION

▪ Dénomination et Adresse :
_____
_____
N° tél : _____
Mail : _____
▪ **N°affiliation CNFR** : _____
▪ Nom et prénom du Président : _____

ADHERENT

▪ NOM et Prénom : _____
▪ Date de naissance : _____
▪Adresse :_____
▪ N° de téléphone : _____
▪ Usager / Bénévole non adhérents titulaires de la carte nationale d'adhésion temporaire limitée à 48 H00 OUI ❑ (joindre une copie) NON ❑
▪ Garantie **Indemnisation des Accidents Corporels** OUI ❑ NON ❑
▪ **Assurances personnelles** (à remplir obligatoirement **– Article L121-4 du Code des Assurances**)

Avez-vous souscrit :

- un contrat «Responsabilité Civile»,	OUI ❑	NON ❑
- un contrat « Multirisque Habitation »	OUI ❑	NON ❑
- une assurance scolaire	OUI ❑	NON ❑
- une licence Fédération Sportive	OUI ❑	NON ❑

Nom de la Société d'assurance : _____

Adresse :

_____

_____

N° de contrat : _____

SINISTRE

- Date : _____/_____/_____
- Lieu : _____
- Département : _____
- Activité exercée lors de la survenance du sinistre :
- Causes et circonstances du sinistre :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

- A-t-il été établi un constat ? OUI ❑ NON ❑
  (le joindre)
- A-t-il été établi un procès verbal ? OUI ❑ NON ❑
- Si oui : coordonnées des autorités de police :_____

_____

N° de procès verbal : _____

Témoins (nom et adresse) :

_____

_____

_____

_____

DOMMAGES

✓ ***Dommages matériels :*** OUI ❑ NON ❑

Description :

_____
_____
_____ MONTANT APPROXIMATIF DES DOMMAGES (joindre devis des réparations, factures initiales d'achat) :_____

- ✓ ***Dommages corporels :*** OUI ❑ NON ❑

Description :

_____

_____

_____

Joindre le certificat médical constatant les blessures, le cas échéant : le bulletin d'hospitalisation et, en cas de décès, le certificat de décès.

Organismes sociaux :

Assurance maladie (Sécurité Sociale, MSA …) : OUI ❑ NON ❑

Complémentaire – Mutuelle Santé : OUI ❑ NON ❑

FRAIS DE SECOURS OUI ❑ NON ❑

Intervention de SMACL ASSISTANCE : OUI ❑ NON ❑

Si oui, mentionner le numéro dossier _____

L'ACCIDENT IMPLIQUE-T-IL UNE AUTRE PERSONNE ?

▪ NOM, Prénom : _____

▪ Adresse _____

▪ Assureur (nom de la compagnie et adresse) :

_____

▪ N° de contrat : _____

▪ Dommages matériels : OUI ❑ NON ❑

Description :

_____

_____

_____

MONTANT APPROXIMATIF DES DOMMAGES (joindre devis des réparations, factures initiales d'achat) :_____

▪ Dommages corporels : OUI ❑ NON ❑

Description :

_____

_____

_____

Joindre le certificat médical constatant les blessures, le cas échéant : le bulletin d'hospitalisation et, en cas de décès, le certificat de décès.

Fait à : _____ , le _____

SIGNATURE (avec mention « certifié sincère et véritable »)