

Amélie Guillot
141 Avenue Salvador Allende
79031 NIORT Cedex 9
E-mail : ca-smacl@smacl.fr

DECLARATION DE SINISTRE (à adresser à SMACL - Amélie Guillot - 79031 NIORT CEDEX 9)

N° de Contrat	108138/R 106778/N	N° de Sinistre	
---------------	-------------------	----------------	--

- A compléter par l'ASSOCIATION -

ASSOCIATION

- Dénomination et Adresse : _____
_____ N° tél : _____
- N° d'ordre mentionné sur vos Conditions Particulières : _____
- Responsable de l'Association : _____ Signature : _____

- A compléter par l'Adhérent, impliqué dans l'accident -

ADHERENT

- NOM et Prénom : _____ Date de naissance : _____
Adresse _____
_____ N° de téléphone : _____
- Licence bénévole OUI NON
- Sociétaire SMACL à titre personnel OUI N° Sociétaire : _____ NON
- Assurances personnelles (à remplir obligatoirement – Article L121-4 du Code des Assurances)
Avez-vous souscrit :
 - un contrat « Responsabilité Civile – Chef de famille », 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 : _____ N° de téléphone : _____

▪ Date : _____

▪ Lieu : _____ Département : _____

▪ 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)

ACTIVITES

▪ Activité pratiquée au moment des frais : _____

- avec votre Association : OUI NON

- à titre individuel : OUI NON

▪ Quel était le motif du déplacement : _____

① **Dommmages matériels :** OUI NON

Description : _____

② **Dommmages 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

Caisse de Sécurité Sociale : OUI NON

Caisse complémentaire : OUI NON

FRAIS DE SECOURS

OUI NON

Intervention d'INTER MUTUELLES ASSISTANCE G.I.E 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

▪ Dommages corporels : OUI NON

Description : _____

Fait à : _____, le _____