



Pôle IARD – Unité Métier des Professionnels  
Centre MFA – TSA 37217  
79060 NIORT CEDEX 9  
☎ : 05.49.09.44.90  
Mail : dpp\_sinistres@macif.fr

## ANCAV- TOURISME ET TRAVAIL

Association (Tampon obligatoire)

Nom : A.L.T.S.  
27, rue St Jérôme  
Adresse : 69007 LYON  
Tél. 04 78 58 92 14  
accueil@alts.asso.fr

### DECLARATION DE SINISTRE (à adresser à votre association) CONTRAT "M.A.S. CARTE LOISIRS"

#### Adhérent

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_  
Adresse mail : \_\_\_\_\_

**Joindre obligatoirement la copie du bulletin d'adhésion complet et de la carte loisirs recto-verso**

#### Bénéficiaire (mentionné sur le bulletin d'adhésion) blessé et/ou impliqué dans l'accident

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Qualité par rapport à l'adhérent : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_  
Adresse mail : \_\_\_\_\_

#### SINISTRE

Date : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_  
Causes et circonstances : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Dommmages

Dommmages corporels ? Oui  Non   
Description des dommmages corporels : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Hospitalisation ? Oui  Nombre de jours : \_\_\_\_\_ Non   
**Organismes sociaux :**  
Caisse de Sécurité Sociale ? Oui  Non   
Caisse complémentaire ? Oui  Non

**En cas de dommmages corporels, joindre obligatoirement le certificat médical et le cas échéant, le bulletin d'hospitalisation et, en cas de décès, un certificat de décès**

Dommages matériels ? Oui  Non

Description des dommages matériels : \_\_\_\_\_

**Joindre obligatoirement la facture d'achat ou le devis des réparations**

Frais de secours ? Oui  Non

Moyens de secours (traîneau, barquette, ambulance...) : \_\_\_\_\_

Les avez-vous réglés ? Oui  Non  Si oui, joindre la facture

Intervention de MACIF ASSISTANCE ?

Oui  Si oui, mentionner le numéro du dossier :

Non

### Activité

L'accident est-il survenu au cours d'une activité :

- pratiquée avec votre Association ? Oui  Non
- pratiquée à titre individuel ? Oui  Non
- scolaire ou parascolaire ? Oui  Non
- effectuée sous le contrôle direct d'un club sportif ? Oui  Non

### L'accident implique une autre personne

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Assureur : Nom. : \_\_\_\_\_ Numéro de contrat : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Dommages matériels ? Oui  Non

Dommages corporels ? Oui  Non

Description des dommages : \_\_\_\_\_

### Assurances personnelles de l'adhérent

(déclaration obligatoire - Article L 121-4 du Code des Assurances)

Avez-vous souscrit un contrat susceptible de garantir le sinistre et les dommages qui en sont la conséquence ?

- un contrat « responsabilité civile - chef de famille » ? Oui  Non
- un contrat « multirisque habitation » ? Oui  Non   
(Incendie, Vol, Dégâts des eaux, Responsabilité Civile)
- un contrat « camping-caravaning » ? Oui  Non
- Autre : A préciser \_\_\_\_\_ Oui  Non

### Coordonnées de votre assureur :

Nom. : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de contrat : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_