



Direction Métier IARD
Centre MFA
TSA 37217
79060 NIORT CEDEX 9
☎ : 05 49 09 44 90
@ : dpp_sinistres@macif.fr

Association ALTS

Association (Tampon obligatoire)

Adresse : 27 Rue ST JEROME – 69007 LYON

N° sociétaire : 9303294

N° contrat : 9303294 S001

DECLARATION DE SINISTRE

(à adresser à votre association)

M.A.S. Vie associative
Option Porteurs de Cartes

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

Dommmages 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 _____

Signature : _____