

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 \_\_\_\_\_