

RECOMMANDATION IMPORTANTE : Renseignez cette déclaration de la manière la plus complète possible ; vous accélérerez ainsi le règlement de ce dossier.

L'association adhérente:

Nom :

Matricule CMF :

Adresse :

Numéro d'adhésion :

L'assuré:

(Joindre la liste des adhérents assurés)

Nom :

☎ privé :

Prénom :

☎ professionnel :

Adresse :

☎ portable :

Mail :

L'assuré a-t-il causé un dommage à un tiers ?

Oui : Non :

Il convient de vérifier ces données et au besoin de les rectifier ou les compléter.

Renseignements concernant l'accident :

Date du sinistre :

Heure :

Lieu :

Décrivez de la manière la plus complète les circonstances du sinistre, même s'il y a eu lieu constat de police ou de gendarmerie. Si un plan s'avère utile, utiliser du papier libre à agraffer à la déclaration.

Un rapport de police ou de gendarmerie a-t-il été dressé ? : Oui : Non :

Si oui, par quelle autorité ? :

La victime a-t-elle déposé plainte ? :

Oui : Non :

Témoin 1 (nom prénom et coordonnées) :

Témoin 2 (nom prénom et coordonnées) :

(Si d'autres témoins existent précisez leurs coordonnées ci-dessous ou sur un papier libre agrafé à cette déclaration.)

Renseignements concernant la victime :

Nom et prénom :	Age :
Nature et importance des blessures :	Victime hospitalisée : Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/>
	Durée :
	Adresse victime :
	☎ :

Un ou des tiers sont-ils impliqués dans ce sinistre ?

Oui : Non :

Si oui, (si nombreux renseigner sur un papier libre agrafé à cette déclaration)

Nom et prénom :

Adresse :

Tel :

Si assuré, nom et adresse de l'assureur :

N° du contrat d'assurance :

Existe-t-il un lien de parenté, d'alliance, de communauté ou de subordination entre la victime et le tiers?

Oui : Non :

Si oui lequel ?

Dommmages matériels (le cas échéant) :

Objets endommagés de l'assuré :	Age de l'objet	Evaluation approximative du dommage	Objets endommagés du tiers :	Age de l'objet	Evaluation approximative du dommage

L'ASSURE A-T-IL CONTRACTÉ D'AUTRES ASSURANCES POUVANT INTERVENIR DANS CE SINISTRE ?

(Ex. : scolaire, assurance multirisques habitation, sportive, carte neige, etc.)

Oui : Non :

Si oui nom et coordonnées de cet assureur :

Contrat d'assurance n°

Observations particulières :

Je certifie que les déclarations qui précèdent sont sincères et véritables

Nom (assuré) :

A

le

Signature :

"Informatique et libertés (loi n° 78-17 du 06.01.78 modifiée par la loi n° 2004-801 du 06.08.04)

Les informations personnelles recueillies font l'objet d'un traitement automatisé principalement pour les finalités suivantes : indemnisation des préjudices, études statistiques, prévention de la fraude, obligations légales.

Pour les mêmes finalités que celles énoncées ci-dessus, ces informations pourront être utilisées par les entités de notre groupe et pourront le cas échéant être transmises à nos partenaires, mandataires, réassureurs, organismes professionnels, prestataires et sous-traitants missionnés.

Conformément à la loi n° 78-17 du 06.01.78 modifiée par la loi n° 2004-801 du 06.08.04 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour et d'opposition aux informations vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits en nous adressant un courrier à l'adresse suivante : 63 Chemin A. PARDON 69814 TASSIN CEDEX.