



# DÉCLARATION DE SINISTRE



## Assurance foyers ruraux 2017-2018

N° 148339/N

### Déclaration à adresser à :

**SMACL Assurances**  
Stéphane HEMERY  
Pôle partenariat  
141, avenue Salvador-Allende  
79031 NIORT CEDEX 9  
Mail : cnfr@smacl.fr

### Remplir avec précision et renvoyer à votre structure fédérale accompagnée de l'attestation d'adhésion de l'adhérent ou de l'auteur des dommages.

Si la victime est titulaire d'une licence sportive merci de transmettre également cette déclaration à la fédération sportive.

### FOYER RURAL - ASSOCIATION LOCALE - FÉDÉRATION - UNION

- > Dénomination et adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- > Téléphone : \_\_\_\_\_
- > Mail : \_\_\_\_\_
- > N° affiliation CNFR : \_\_\_\_\_
- > Nom et prénom du Président : \_\_\_\_\_

### ADHÉRENT

- > Nom et prénom : \_\_\_\_\_
- > Date de naissance : \_\_\_\_\_
- > Adresse : \_\_\_\_\_
- > Téléphone : \_\_\_\_\_
- > Usager / bénévole non adhérents titulaires de la carte nationale d'adhésion temporaire limitée à 48 h 00 :  OUI  NON  
**Si oui, joindre une copie de la carte d'adhésion temporaire.**
- > Garantie **Indemnisation des accidents corporels**  OUI  NON
- > **Assurance personnelle** (à remplir obligatoirement - Article L.121-4 du Code des assurances)  
Avez-vous souscrit :
  - un contrat "Responsabilité civile" :  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 : \_\_\_\_\_

## CIRCONSTANCES DU SINISTRE

> Date : \_\_\_\_\_

> Lieu : \_\_\_\_\_

> Département : \_\_\_\_\_

> Activité exercée lors de la survenance du sinistre : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

> Causes et circonstances du sinistre :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

> A-t-il été établi un constat ?  OUI (le joindre)  NON

> A-t-il été établi un procès-verbal ?  OUI (le joindre)  NON

> Si oui : coordonnées des autorités de police : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

> **Témoins** (nom et adresse) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DOMMAGES

> **Dommmages matériels** :  OUI  NON

Description : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Montant approximatif des dommages (joindre devis des réparations, factures initiales d'achat) : \_\_\_\_\_

> **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** :

Assurance maladie (Sécurité sociale, MSA, etc.) :  OUI  NON

Complémentaire - Mutuelle santé) :  OUI  NON

> **Frais de secours :**  OUI  NON

> **Intervention de SMACL Assistance :**  OUI  NON

Si oui, mentionner le numéro dossier : \_\_\_\_\_

## LE SINISTRE IMPLIQUE-T-IL UNE AUTRE PERSONNE (TIERS) ?

> Nom et prénom : \_\_\_\_\_

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

> Assureur (nom de la compagnie et adresse) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

> N° de contrat : \_\_\_\_\_

> **A-t-il subi des dommages matériels ?**  OUI  NON

Description : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Montant approximatif des dommages (joindre devis des réparations, factures initiales d'achat) : \_\_\_\_\_

> **A-t-il subi des dommages 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) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature** (avec mention "certifié sincère et véritable") :

SMACL Assurances prend toutes précautions utiles pour préserver la confidentialité et la sécurité des données à caractère personnel, et notamment pour empêcher qu'elles soient déformées, endommagées ou que des tiers non autorisés puissent en prendre connaissance.

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le souscripteur ou l'assuré peut exercer ses droits d'accès, de rectification et de suppression sur ses données, en justifiant de son identité et en adressant sa demande par courrier à : SMACL Assurances - Correspondant "Informatique et libertés" - 141, avenue Salvador-Allende - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9 ou par e-mail à [cil@smacl.fr](mailto:cil@smacl.fr).