



DÉCLARATION DE SINISTRE

CONTRAT D'ASSURANCE

FOYERS RURAUX 2019-2020

N° 148339/N

Déclaration à adresser à :

SMACL Assurances
Francesca CROISE
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.
- > Usager / bénévole non adhérents titulaires de la carte nationale d'adhésion temporaire limitée à 8 jours : OUI NON
Si oui, joindre une copie.
- > 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) :

Vos données personnelles : SMACL Assurances, en qualité de responsable du traitement, recueille et utilise vos données personnelles pour la gestion de votre dossier d'indemnisation ou de votre recours. Vos données peuvent également être traitées dans le cadre de nos obligations en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et dans le cadre du dispositif de lutte contre la fraude mis en oeuvre dans l'intérêt légitime de SMACL Assurances et de ses sociétaires.

Les données médicales vous concernant collectées ci-dessus nous sont nécessaires pour le traitement de votre dossier d'indemnisation ou de votre recours. Pour plus d'informations sur l'utilisation de vos données ou l'exercice de vos droits (accès, rectification, opposition, etc.), consultez notre espace dédié « Données personnelles » sur notre site internet (www.smacl.fr/donnees-personnelles) ou contactez le Délégué à la protection des données : protectiondesdonnees@smacl.fr

J'accepte que des données médicales me concernant soient collectées et traitées par Smacl Assurances pour les stricts besoins liés à la gestion de mon dossier et qu'elles soient communiquées à tout médecin, avocat, expert ou autre organisme intervenant au dossier ou dont l'avis est sollicité dans l'exercice de mon recours. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment, mais nous ne serons alors plus en mesure de traiter votre demande d'indemnisation si des données médicales sont nécessaires.

Fait à _____, le _____

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