

N° de Sociétaire	L/C
7631711 A	

N° de sinistre

--

CONTRATS	INTERCALAIRES

Déclaration de Sinistre

INDIVIDUELLE RESPONSABILITÉ CIVILE

DATE DU SINISTRE : _____ Heure : _____

● NOM, Prénom (ou RAISON SOCIALE pour les personnes morales) et ADRESSE du Sociétaire :

AMICALE DES CYCLOS CARDIAQUES

3, parc DU BELLOY allée LE NÔTRE

COMMUNE : **LE MESNIL LE ROI**

CODE POSTAL : **78600** BUREAU DISTRIBUTEUR _____

N° de Téléphone : **01 39 62 21 34**

● LIEU DU SINISTRE : _____
 _____ Code Postal | | | | |

● Causes et circonstances du sinistre : _____
 (joindre un plan, le cas échéant) _____

● Eventuellement : NOM, Prénom, Adresse, Qualité (et âge, s'il s'agit d'un enfant) de l'auteur du sinistre

● TÉMOINS (Nom, Prénom et Adresse)

1) _____ Code Postal | | | | |

2) _____ Code Postal | | | | |

3) _____ Code Postal | | | | |

● DÉCLARATION OBLIGATOIRE EN VERTU DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L. 121-4 DU CODE DES ASSURANCES :

- AVEZ-VOUS CONTRACTÉ D'AUTRES ASSURANCES ? * NON OUI → Lesquelles : _____
 (scolaires, sportives, etc...)

* (Par autres assurances il faut entendre celles susceptibles d'intervenir dans ce sinistre)

● Rapport de Police ou de Gendarmerie dressé par : _____

● Constat d'Huissier dressé par : _____

● RESPONSABILITÉS CIVILES DIVERSES

● NOM, Adresse et Age des tiers lésés

● Conséquences matérielles et/ou corporelles

1) _____

_____ Code Postal | | | | | |

2) _____

_____ Code Postal | | | | | |

3) _____

_____ Code Postal | | | | | |

● INDIVIDUELLE

● ASSURÉ

Nom et Prénom : _____ Date de naissance _____

Qualité (par rapport au Sociétaire) : _____

Profession ou Activité : _____

Adresse : _____

_____ Code Postal | | | | | |

N° de Téléphone : _____

● Désignation exacte des travaux auxquels se livrait la victime au moment de l'accident ou motif du déplacement s'il s'agit d'un accident de la circulation : _____

● Description des lésions (fournir obligatoirement le certificat médical les constatant) : _____

● Nom et Adresse du ou des Organismes de Prévoyance : _____

Numéro d'immatriculation : _____

Si le signataire n'est pas le Sociétaire :

NOM et Prénom _____

Qualité _____

Adresse _____

Fait à _____, le _____

BUREAU ayant enregistré la déclaration : _____