DÉCLARATION DE SINISTRE

CONTRATS "MAE ASSOCIATIONS"

À déclarer dans les 5 jours de l'accident ou dans les 24h en cas de vol

Cadre réservé à l'assureur

N° Fait Générateur : .....

Contrat N° ... **C004786479** NOM DE L'ASSOCIATION OU COLLECTIVITE ADHERENTE: **LIGUE DE FOOTBALL DE MARTINIQUE**

Adresse : **2 rue St John PERSE - Morne Tartenson** ..... Code Postal **97200**

Commune : ... **FORT DE FRANCE** ..... Tél : **0596728989**

Date de l'accident : Jour ☐☐ Mois ☐☐ Année ☐☐☐☐ NOM DE L'ASSOCIATION AFFILIEE: .....

Lieu précis de l'accident : .....

A - ASSURÉ

Nom majuscules .....

Prénom majuscules ..... né(e) le .....

Adresse .....

..... Code postal .....

Commune .....

Représentant légal (père, mère ou tuteur si l'assuré est mineur)

Nom, Prénom .....

Profession ..... Téléphone .....

Dommages subis/causés

☐ corporels (compléter page 4) .....

Caisse maladie .....

N° d'immatriculation .....

Mutuelle complémentaire .....

☐ matériels (compléter page 3) .....

AUTRE CONTRAT : Êtes-vous assuré auprès d'une autre société ?

Compagnie ..... N° de police .....

Agent et adresse .....

B - TIERS

Nom majuscules .....

Prénom majuscules ..... né(e) le .....

Adresse .....

..... Code postal .....

Commune .....

Représentant légal (père, mère ou tuteur si l'assuré est mineur)

Nom, Prénom .....

Profession ..... Téléphone .....

Dommages subis/causés

☐ corporels (compléter page 4) .....

Caisse maladie .....

N° d'immatriculation .....

Mutuelle complémentaire .....

☐ matériels (compléter page 3) .....

Compagnie ..... N° de police .....

Agent et adresse .....

C - CIRCONSTANCES PRÉCISES DE L'ACCIDENT *(À COMPLÉTER ET À SIGNER IMPÉRATIVEMENT)*

.....

En cas de vol, a-t-il eu lieu :

☐ avec effraction ☐ sans effraction ☐ usage de fausses clés

☐ autres moyens, précisez : .....

TÉMOIGNAGES À NOUS TRANSMETTRE + PLAN DES LIEUX ÉVENTUELS (voir au dos)

Nom du déclarant : .....

Signature

Le représentant du club certifie la présente déclaration, y compris l'état estimatif des biens détruits, détériorés ou volés, conforme et sincère.

Signature

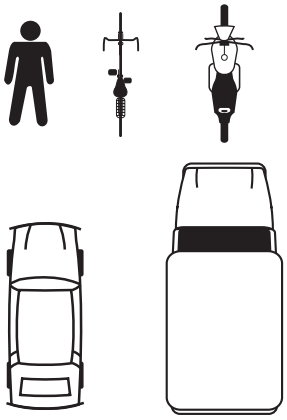
Date de la déclaration ☐☐☐☐☐☐

PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DÉCLARATION :
- Certificats médicaux en cas d'hospitalisation ou d'examen par un médecin
- Témoignages
- Constat amiable
- Devis ou factures
- Dépôt de plainte, en cas de vol

À adresser à votre Agence MAE

D - TÉMOIGNAGES (noms et adresses des témoins, joindre impérativement témoignages écrits)

PLAN DES LIEUX



Indiquer :
- le trajet suivi par l'assuré
- le trajet suivi par l'adversaire
- le point de choc

E

Un procès-verbal de gendarmerie ou de police a-t-il été établi ? ☐ oui ☐ non

Si oui, brigade ou commissariat de ..... N° du procès-verbal : .....

Une plainte a-t-elle été déposée ? ☐ oui ☐ non

Si oui, par qui ? .....

N° événement ..... **Assuré :** .....

ÉTAT ESTIMATIF DES BIENS DÉTRUITS, DÉTÉRIORÉS OU VOLÉS - (à remplir impérativement)

DÉSIGNATION marque et type	Date d'achat ou date de mise en fonction	Prix d'achat (1)	Frais de remise en état (2)	Qualité de l'assuré vis-à-vis du bien : propriétaire, locataire, emprunteur dépositaire… (Durée du prêt éventuel)

(1) Joindre facture d'achat, à défaut, attestation du vendeur, documents d'inventaires, comptables, etc.
(2) Joindre devis.
En cas de vol, joindre le récépissé de déclaration de vol aux autorités de Police ou de Gendarmerie.
Dater et signer, l'assuré devant faire précéder sa signature de la mention manuscrite "Certifié sincère et véritable".

Date : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature

FEUILLE DE FRAIS

Références

Il est indispensable de joindre les photocopies des notes d'honoraires des médecins, chirurgiens ou autres spécialistes et les relevés de frais (clinique, hôpital, pharmacie, radiologie, ambulance, etc…), **accompagnés des originaux des bordereaux des prestations** servies par la Sécurité Sociale et les autres organismes de prévoyance.

Le présent relevé n'est qu'indicatif, notre remboursement s'effectuant dans les limites des garanties définies aux Conventions Spéciales du contrat dont vous bénéficiez.

DÉSIGNATION DES ACTES (visites, frais médicaux, etc.)	DATE DES SOINS	MONTANT	REMBOURSEMENTS À SOUSTRAIRE		SOMMES RESTÉES À CHARGE
			SÉCURITÉ SOCIALE	RÈGLEMENTS COMPLÉMENTAIRES	