



# DÉCLARATION DE SINISTRE

## CONTRAT D'ASSURANCE

FOYERS RURAUX 2021-2022

N° 148339/N

### Déclaration à adresser à :

SMACL Assurances  
Marine CHARPENTIER  
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 8 jours :  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](http://www.smacl.fr/donnees-personnelles)) ou contactez le Délégué à la protection des données : [protectiondesdonnees@smacl.fr](mailto: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") :