



# DÉCLARATION DE SINISTRE

## Contrat d'assurance multirisque des associations départementales OCCE, de leurs coopératives et foyers affiliés.



Cachet de la MAE

**À déclarer dans les 5 jours de l'accident ou dans les 48 h en cas de vol**

Cadre réservé à l'assureur

N° Fait Générateur : .....

Le contrat d'assurance multirisque des associations départementales OCCE, de leurs coopératives et foyers affiliés est co-assuré par la MAE et la MAIF. Il est distribué et géré par la MAE en sa qualité d'apérateur.

Contrat n° ..... AD OCCE ADHÉRENTE :

Coopérative affiliée : ..... Correspondant de la coopérative : .....

Nombre de coopérateurs : ..... Valeur mobilier permanent (si supérieur à 2 000 €) ..... €

Adresse : ..... Code Postal

Commune : ..... Tél. :

DATE DE L'ACCIDENT : JOUR ..... MOIS ..... ANNÉE .....

LIEU PRÉCIS DE L'ACCIDENT : .....

### A - ASSURÉ

Nom .....  
majuscules

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

Adresse .....  
..... Code postal

Commune

Situation du participant vis-à-vis de l'AD OCCE (coopérateur, intervenant, bénévole... ) .....

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

Nom, Prénom .....

Profession ..... ☎

**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 ..... né(e) le .....  
majuscules

Adresse .....  
..... Code postal

Commune

Situation du participant vis-à-vis de l'AD OCCE (coopérateur, intervenant, bénévole... ) .....

**Représentant légal** (à remplir si le tiers est mineur)

Nom, Prénom .....

Profession ..... ☎

**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 IMPÉRATIVEMENT)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

**EN CAS DE VOL :** a-t-il eu lieu : avec effraction  sans effraction  usage de fausses clés  autres moyens, préciser .....

Cachet de l'Association Départementale OCCE

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

Signature ..... Date de la déclaration



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	