

COMMENT REMPLIR UNE DECLARATION DE SINISTRE

AD = Association Départementale OCCE

A remplir par l'AD

A remplir par la coop

A remplir par la coop

En cas d'accident corporel

A remplir et signer par l'enseignant, le directeur ou le mandataire de la coop

En cas d'accident corporel causé ou subi par un tiers

A remplir et signer par le Président de l'AD ou un administrateur mandaté.

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

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 :

Cachet de la MAE

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'apôtre.
 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 PRÈS DE L'ACCIDENT :

A - ASSURÉ	B - TIERS
Nom masculines	Nom masculines
Prénom masculines	Prénom masculines
Adresse	Adresse
Code postal	Code postal
Commune	Commune
Situation du participant vis-à-vis de l'AD OCCE (coopérateur, intervenant, bénévole...)	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	Représentant légal (à remplir si le tiers est mineur) Nom, Prénom
Profession	Profession
Dommmages subis/causés <input type="checkbox"/> corporels (compléter page 4)	Dommmages subis/causés <input type="checkbox"/> corporels (compléter page 4)
Caisse maladie N° d'immatriculation []	Caisse maladie N° d'immatriculation []
Mutuelle complémentaire <input type="checkbox"/> matériels (compléter page 3)	Mutuelle complémentaire <input type="checkbox"/> matériels (compléter page 3)
AUTRE CONTRAT - Êtes-vous assuré auprès d'une autre société ? Compagnie N° de police	Compagnie N° de police
Agent et adresse	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

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 []

Cachet de l'Association Départementale OCCE

OCCE/DA 482-10/2010

PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DÉCLARATION :

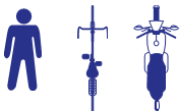
- Certificats médicaux en cas d'hospitalisation ou d'examen par un médecin
- Témoignages
- Constat amiable
- Devis ou factures
- Dépôt de plainte, en cas de vol



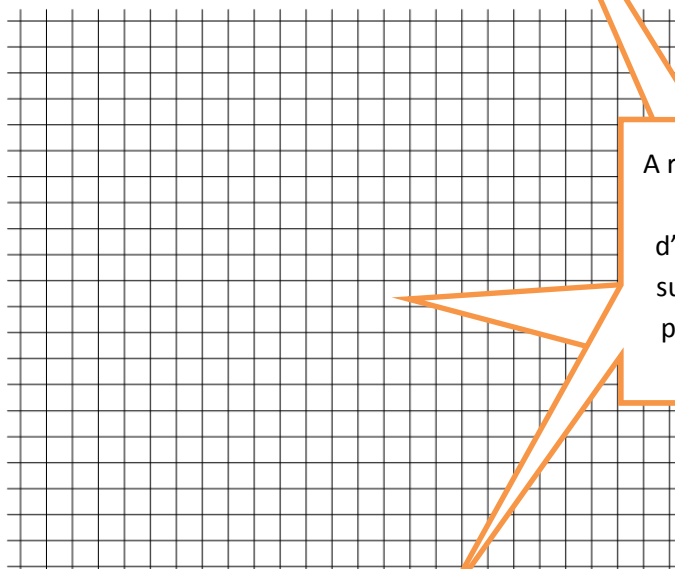
à adresser à votre MAE

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 →



A remplir en cas d'accident sur la voie publique.

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 ?

Cadre réservé à l'assureur

Observations :

MAE

Société d'Assurance mutuelle à cotisations variables.
Entreprise régie par le Code des Assurances.
76044 ROUEN CEDEX

MAIF

Société d'assurance mutuelle à cotisations variables
Entreprise régie par le Code des Assurances
TSA 55113 - 79060 NIORT CEDEX

A remplir pour tous dommages aux biens
ou tous préjudices financiers .

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

A remplir et
signer par le
mandataire de
la coopérative.

A renseigner uniquement pour les accidents corporels ayant nécessité des soins médicaux.

FEUILLE DE FRAIS

REFÉRENCES :

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** servis 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	