



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. :

~~Prénom majuscules né(e) le~~

~~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~~

C - CIRCONSTANCES PRÉCISÉES DE L'ACCIDENT (À COMPLÉTER IMPÉRATIVEMENT)

~~Prénom majuscules né(e) le~~

~~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~~

.....

.....

.....

.....

.....

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

ENCAS DEVOL: 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 SOMMES ENGAGEES- (à remplir impérativement)

- (1) Joindre facture d'achat, à défaut, attestation du vendeur, documents d'inventaires, comptables, etc...
- (2) Joindre devis.
Dater et signer, l'assuré devant faire précéder sa signature de la mention manuscrite "Certifié sincère et véritable".

Date : _____ Signature _____

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)

