



Direction Métier
Centre MFA
TSA 37217
79060 NIORT CEDEX 9
☎ : 05 49 09 44 90
@ : dpp_sinistres@macif.fr

G.I.A.

N° Sociétaire : 9303308 S002

D É C L A R A T I O N D E S I N I S T R E

TYPE DE CARTE : GIA - ASLIE - VIE VAL D'IS (rayer les mentions inutiles)

Adhérent

Nom, Prénom : _____

Adresse : _____ Tél. : _____

Adresse mail : _____

Joindre obligatoirement la copie du bulletin d'adhésion complet ou de la carte loisirs recto-verso

Bénéficiaire (mentionné sur le bulletin d'adhésion) blessé et/ou impliqué dans l'accident

Nom, Prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____

Qualité par rapport à l'adhérent : _____

Adresse : _____ Tél. : _____

Adresse mail : _____

Sinistre

Date : ____/____/____ Lieu : _____

Causes et circonstances : _____

Dommages

Dommages corporels ? Oui Non

Description des dommages corporels : _____

Hospitalisation ? Oui Non Si oui, nombre de jours : _____

Organismes sociaux :

Caisse de Sécurité Sociale ? Oui Non

Caisse complémentaire ? Oui Non

En cas de dommages corporels, joindre obligatoirement le certificat médical et le cas échéant, le bulletin d'hospitalisation et, en cas de décès, un certificat de décès

Domages matériels ?

Oui

Non

Description des dommages matériels : _____

Joindre obligatoirement la facture d'achat ou le devis des réparations

Frais de secours ?

Oui

Non

Moyens de secours (traîneau, barquette, ambulance...) : _____

Les avez-vous réglés ?

Oui

Non

Si oui, joindre la facture

Intervention de MACIF ASSISTANCE ? Oui Si oui, mentionner le numéro du dossier : _____
Non

Activité

L'accident est-il survenu au cours d'une activité :

- pratiquée avec votre Association ? Oui Non
- pratiquée à titre individuel ? Oui Non
- scolaire ou parascolaire ? Oui Non
- effectuée sous le contrôle direct d'un club sportif ? Oui Non

L'accident implique une autre personne

Nom, Prénom : _____

Adresse : _____

Assureur : Nom. : _____ Numéro de contrat : _____

Adresse : _____

Domages matériels ? Oui Non

Domages corporels ? Oui Non

Description des dommages : _____

Assurances personnelles de l'adhérent

(déclaration obligatoire - Article L 121-4 du Code des Assurances)

Avez-vous souscrit un contrat susceptible de garantir le sinistre et les dommages qui en sont la conséquence ?

- un contrat « responsabilité civile - chef de famille » ? Oui Non

- un contrat « multirisque habitation » ? Oui Non
(Incendie, Vol, Dégâts des eaux, Responsabilité Civile)

- un contrat « camping-caravaning » ? Oui Non

- Autre : A préciser _____ Oui Non

Coordonnées de votre assureur :

Nom. : _____

Adresse : _____

Numéro de contrat : _____

MENTION D'INFORMATION

Macif, responsable de traitements, traite les données recueillies pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance, la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude, ce qui peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, le cas échéant de portabilité et de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès que vous pouvez exercer sur le site www.macif.fr depuis le formulaire d'exercice des droits ou par voie postale à MACIF, Direction Générale - Protection des Données Personnelles, 2 et 4 rue de Pied de Fond, 79 037 Niort Cedex 9.

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr).

Toutes les précisions sur la protection de vos données sont accessibles dans la rubrique données personnelles sur notre site : www.macif.fr/

RECUEIL DU CONSENTEMENT

Le traitement des données de santé, considérées par la réglementation comme des données particulières, nous impose de recueillir votre consentement. Vous pouvez ne pas nous le donner ou le retirer à tout moment ce qui aura pour conséquence d'arrêter l'instruction et la gestion de votre sinistre.

J'autorise la MACIF à prendre connaissance, dans le respect du secret professionnel et médical, des pièces et rapports médicaux pour leur traitement dans le cadre de la gestion du sinistre ou l'exécution du contrat et qu'ils soient transmis aux personnes habilitées des entités du groupe Macif, assureurs, partenaires, tout autre organisme ou tiers habilités aux mêmes fins.

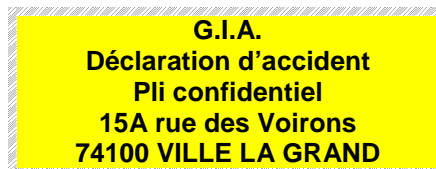
Fait à _____ le ____ / ____ / ____

Nom : _____

Qualité (entourer la mention utile) : victime - représentant légal - ayant droit

Signature :

NB : Ce questionnaire, ainsi que tous les documents médicaux en lien avec votre préjudice, devront nous être retournés à l'adresse suivante :



ou par mail à actimut@orange.fr en intitulant votre message « **Déclaration d'accident – confidentiel** »