

# DECLARATION DE SINISTRE

## ASSURANCE FOYERS RURAUX 2015-2016

**N°148339/N**



**Déclaration à adresser à :**

**SMACL Assurances  
Stéphane HEMERY – Amélie GUILLOT  
Pôle Partenariat  
141 Avenue Salvador Allende  
79031 NIORT Cedex 9  
Mail : [cnfr@smacl.fr](mailto:cnfr@smacl.fr)**

**REEMPLIR AVEC PRECISION ET RENVOYER A VOTRE STRUCTURE FEDERALE ACCOMPAGNEE DE L'ATTESTATION  
D'ADHESION DE L'ADHERENT OU DE L'AUTEUR DES DOMMAGES  
SI LA VICTIME EST TITULAIRE D'UNE LICENCE SPORTIVE MERCI DE TRANSMETTRE  
EGALEMENT CETTE DECLARATION A LA FEDERATION SPORTIVE.**

**FOYER RURAL - ASSOCIATION LOCALE - FEDERATION - UNION**

▪ Dénomination et Adresse :

\_\_\_\_\_

N° tél : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

▪ N°affiliation CNFR : \_\_\_\_\_

▪ Nom et prénom du Président : \_\_\_\_\_

**ADHERENT**

▪ NOM et Prénom : \_\_\_\_\_

▪ Date de naissance : \_\_\_\_\_

▪ Adresse : \_\_\_\_\_

▪ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

▪ Usager / Bénévole non adhérents titulaires de la carte nationale d'adhésion temporaire limitée à 48 H00 OUI  NON   
(joindre une copie) NON

▪ Garantie **Indemnisation des Accidents Corporels** OUI  NON

▪ **Assurances personnelles** (à remplir obligatoirement – Article L121-4 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



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 ...) : 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, 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.

Fait à : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**SIGNATURE (avec mention « certifié sincère et véritable »)**

**ATTENTION**

**INTERNE SMACL Assurances**

**Tous les courriers doivent être adressés directement au Foyer Rural/à la  
Fédération et NON à la Confédération Nationale à Paris (CNFR)**