



Pôle IARD – Unité Métier des Professionnels  
Centre MFA – TSA 37217  
79060 NIORT CEDEX 9  
☎ : 05.49.09.44.90  
Mail : dpp\_sinistres@macif.fr

**ANCAV- TOURISME ET TRAVAIL**

**Association (Tamep obligatoire) SAVOIE VACANCES TOURISME**

Nom : Association de tourisme agréée IM073100011  
29 avenue Jean Jaurès – 73000 CHAMBERY

Adresse : Tél. 04 79 96 30 73  
Fax 04 79 96 30 82

**DECLARATION DE SINISTRE  
(à adresser à votre association)  
CONTRAT "M.A.S. CARTE LOISIRS"**

**Adhérent**

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

**Joindre obligatoirement la copie du bulletin d'adhésion complet et 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  Nombre de jours : \_\_\_\_\_ Non

**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**

**Dommages 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 : \_\_\_\_\_

Dommages matériels ? Oui  Non

Dommages 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 « 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

### Coordonnées de votre assureur :

Nom. : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de contrat : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_