



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 (Tampon obligatoire)

Nom : CAVOC VACANCES TOURISME

Association de Tourisme agréée IMD7600011

Adresse : 31 avenue Jean Jaurès

73200 ALBERTVILLE

Tel: 04.79.32.01.25

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 : _____

Dommmages

Dommmages corporels ? Oui Non

Description des dommmages corporels : _____

Hospitalisation ? Oui Nombre de jours : _____ Non

Organismes sociaux :

Caisse de Sécurité Sociale ? Oui Non

Caisse complémentaire ? Oui Non

En cas de dommmages 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 _____