COMMENT REMPLIR UNE DÉCLARATION DE SINISTRE

AD = Association Départementale OCCE

En fonction de la nature du sinistre remplir les cadres ….

VOL : 1, 2, 4, 5, 7, 8

ANNULATION : 1, 2, 4, 5, 7, 8

ACCIDENT CORPOREL : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9

1. À remplir par l'AD.

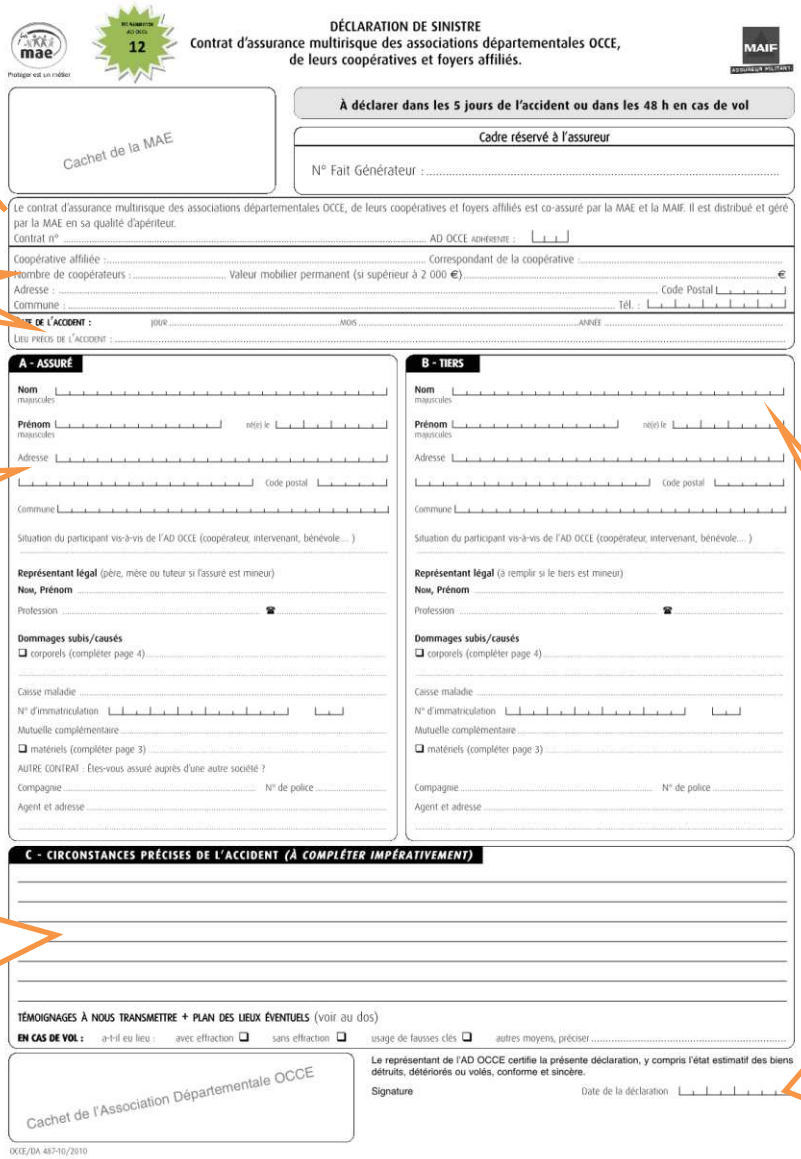
2. À remplir par la coop.

3. À remplir par la coop.

4. À remplir et signer par l'enseignant·e, la directrice, le directeur ou le la mandataire de la coop.

3. En cas d'accident corporel causé ou subi par un tiers.

5. À remplir et signer par le la Président·e de l'AD ou un·e administrateur·trice mandaté·e.



mae — Protège-toi un métier

12

DÉCLARATION DE SINISTRE
Contrat d'assurance multirisque des associations départementales OCCE, de leurs coopératives et foyers affiliés.

MAIF — ASSUREUR MILITANT

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'apériteur.
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. : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

DATE DE L'ACCIDENT : JOUR ..... MOIS ..... ANNÉE .....
LIEU PRÉCIS DE L'ACCIDENT : .....

A - ASSURÉ

Nom (majuscules) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
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 .....

B - TIERS

Nom (majuscules) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
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 .....

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

TÉMOIGNAGES À NOUS TRANSMETTRE + PLAN DES LIEUX ÉVENTUELS (voir au dos)
EN CAS DE VOL : 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 ☐☐☐☐☐☐

OCCE/DA 487-10/2010