

# COMMENT REMPLIR UNE DÉCLARATION DE SINISTRE

En cas de VOL ou d'ANNULATION de SEJOUR : renseigner les parties : 1, 4, 6, 7

En cas d'ACCIDENT CORPOREL : renseigner les parties : 1, 2, 3, 4, 5, 8

Compléter le dossier avec les pièces annexes sur papier libre et renvoyer le tout à votre Association Départementale OCCE

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

**À déclarer dans les 5 jours de l'accident ou dans les 48 h en cas de vol**

Cachet de la MAE

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'apporteur.

Contrat n° ..... AD OCCE adhérent : [ ]

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 .....

L'UN PRÈS DE L'ACCIDENT : .....

**A - ASSURÉ**

Prénom ..... Nom .....  
 Adresse .....  
 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 : .....

Domages 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**

Prénom ..... Nom .....  
 Adresse .....  
 Commune : .....

Situation du participant vis-à-vis de l'AD OCCE

Représentant légal (à remplir si le tiers est mineur)  
 Nom, Prénom .....  
 Profession : .....

Domages subis/causés  
 corporels (compléter page 4)

Caisse maladie : .....  
 N° d'immatriculation : .....  
 Mutuelle complémentaire : .....

matériels (compléter page 3)

Compagnie : .....  
 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 :  à-t-il eu lieu  avec effraction  sans effraction  usage de fausses clés  autres moyens, préciser : .....

Le représentant de l'AD OCCE certifie la présente déclaration, y compris l'état estimatif des biens détruits, détériorés ou volés, conforme et sincère.

Cachet de l'Association Départementale OCCE

Signature : ..... Date de la déclaration : .....

1. À remplir par la coop.

2. 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.

Ne pas signer ici

p1

**PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DÉCLARATION**

- Certificats médicaux en cas d'hospitalisation ou d'examen par un médecin
- Témoignages
- Constats amiables
- Dévis ou factures
- Dépôt de plainte, en cas de vol

**D - TÉMOIGNAGES (noms et adresses des témoins, joindre impérativement témoignages écrits)**

.....  
 .....

**PLAN DES LIEUX**

Indiquer :  
 • le trajet suivi par l'assuré  
 • le trajet suivi par l'adversaire  
 • le point de choc

.....  
 .....

**E - Un procès-verbal de gendarmerie ou de police a-t-il été établi ?** oui  non   
 Si oui, brigade ou commissariat de : ..... N° du procès-verbal : .....

**Une plainte a-t-elle été déposée ?** oui  non   
 Si oui, par qui ? .....

Cadre réservé à l'assureur

Observations : .....

5. À remplir en cas d'accident sur la voie publique.

**MAE**  
 Société d'Assurance mutuelle à cotisations variables  
 Entreprise régie par le Code des Assurances.  
 76044 ROUEN CEDEX

**MAIF**  
 Société d'assurance mutuelle à cotisations variables  
 Entreprise régie par le Code des Assurances  
 TSA 55113 - 79060 NIORT CEDEX

p2

6. À remplir pour tous dommages aux biens  
ou tous préjudices financiers.

8. À renseigner uniquement pour les accidents corporels  
ayant nécessité des soins médicaux.

N° événement ..... Assuré : .....

ÉTAT ESTIMATIF DES BIENS DÉTRUITS, DÉTÉRIORÉS OU VOLÉS - (à remplir impérativement)

DÉSIGNATION marque et type	Date d'achat ou date de mise en fonction	Prix d'achat (1)	Frais de remise en état (2)	Qualité de l'assuré vis-à-vis du bien : propriétaire, locataire, emprunteur/dépositaire... (Duire du prêt éventuel)

(1) Joindre facture d'achat, à défaut, attestation du vendeur, documents d'inventaires, comptables, etc...  
(2) Joindre devis.  
En cas de vol, joindre le récépissé de déclaration de vol aux autorités de Police ou de Gendarmerie.  
Dater et signer, l'assuré devant faire précéder sa signature de la mention manuscrite "Certifié sincère et véritable".

Date :

Signature

7. À remplir et  
signer par le la  
mandataire de  
la coopérative.

FEUILLE DE FRAIS

REFERENCES :

Il est indispensable de joindre les photocopies des notes d'honoraires des médecins, chirurgiens ou autres spécialistes et les relevés de frais (clinique, hôpital, pharmacie, radiologie, ambulance, etc...), accompagnés **des originaux des bordereaux des prestations** servies par la Sécurité Sociale et les autres organismes de prévoyance.

Le présent relevé n'est qu'indicatif, notre remboursement s'effectuant dans les limites des garanties définies aux Conventions Spéciales du contrat dont vous bénéficiez.

DÉSIGNATION DES ACTES (visites, frais médicaux, etc...)	DATE DES SOINS	MONTANT	REBOURSEMENTS À SOUSTRAIRE		SOMMES RESTÉES À CHARGE
			SÉCURITÉ SOCIALE	RÈGLEMENTS COMPLÉMENTAIRES	

