



Direction Métier  
Centre MFA  
TSA 37217  
79060 NIORT CEDEX 9  
☎ : 05 49 09 44 90  
@ : dpp\_sinistres@macif.fr

# ActiMut

N° Sociétaire : 9303308

## D É C L A R A T I O N   D E   S I N I S T R E

TYPE DE CARTE : ACTIMUT- GIA-ASLIE- VIE VAL D'IS (rayer les mentions inutiles)

### Adhérent

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

*Joindre obligatoirement la copie du bulletin d'adhésion complet ou 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 : \_\_\_\_\_

### Domages

**Domages corporels ?**                      Oui                      Non

Description des dommages corporels : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hospitalisation ?                      Oui                      Non      Si oui, nombre de jours : \_\_\_\_\_

#### 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 Non Si oui, mentionner le numéro du dossier : \_\_\_\_\_

**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 susceptible de garantir le sinistre et les dommages qui en sont la conséquence ?

- 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

- Autre : A préciser \_\_\_\_\_ Oui Non

**Coordonnées de votre assureur :**

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

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

Numéro de contrat : \_\_\_\_\_

## **MENTION D'INFORMATION**

Macif, responsable de traitements, traite les données recueillies pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance, la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude, ce qui peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, le cas échéant de portabilité et de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès que vous pouvez exercer sur le site [www.macif.fr](http://www.macif.fr) depuis le formulaire d'exercice des droits ou par voie postale à MACIF, Direction Générale - Protection des Données Personnelles, 2 et 4 rue de Pied de Fond, 79 037 Niort Cedex 9.

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

Toutes les précisions sur la protection de vos données sont accessibles dans la rubrique données personnelles sur notre site : [www.macif.fr](http://www.macif.fr)

## **RECUEIL DU CONSENTEMENT**

Le traitement des données de santé, considérées par la réglementation comme des données particulières, nous impose de recueillir votre consentement. Vous pouvez ne pas nous le donner ou le retirer à tout moment ce qui aura pour conséquence d'arrêter l'instruction et la gestion de votre sinistre.

**J'autorise la MACIF à prendre connaissance, dans le respect du secret professionnel et médical, des pièces et rapports médicaux pour leur traitement dans le cadre de la gestion du sinistre ou l'exécution du contrat et qu'ils soient transmis aux personnes habilitées des entités du groupe Macif, assureurs, partenaires, tout autre organisme ou tiers habilités aux mêmes fins.**

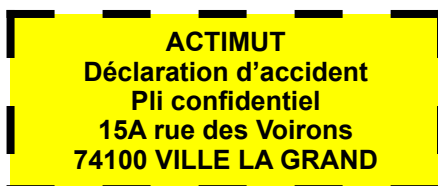
Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

**Qualité (entourer la mention utile) : victime - représentant légal - ayant droit**

Signature :

**NB** : Ce questionnaire, ainsi que tous les documents médicaux en lien avec votre préjudice, devront nous être retournés à l'adresse suivante :



ou par mail à [actimut@orange.fr](mailto:actimut@orange.fr) en intitulant votre message « **Déclaration d'accident – confidentiel** »