



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

**G.I.A.**

N° Sociétaire : 9303308 S002

## DÉCLARATION DE SINISTRE

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

### Adhérent

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

*Joindre obligatoirement la copie de votre carte d'adhérent 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 : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

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

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

### Sinistre

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Causes et circonstances :

### Domages

**Domages corporels ?** Oui  Non

#### Organismes sociaux :

Caisse de Sécurité Sociale ? Oui  Non

Caisse complémentaire ? Oui  Non

**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

**Dommages matériels ?**Oui Non 

Si oui, lesquels :

L'accident est-il survenu au cours d'une activité :

- pratiquée avec votre Association ? Oui  Non
- pratiquée à titre individuel ? Oui  Non
- dans le cadre de votre activité professionnelle ? 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 **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 : \_\_\_\_\_

## Fiche de renseignement corporel et fiche d'information victime

Vos données personnelles sont traitées par **MACIF** aux fins de gestion de votre sinistre. Elles sont aussi traitées pour la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude à l'assurance.

Elles sont communiquées pour la gestion de votre sinistre exclusivement et seulement lorsque c'est nécessaire au personnel dûment habilité au sein de **MACIF** pour la gestion des dossiers corporels, aux professionnels intervenant dans l'appréciation de votre préjudice (par exemple médecin ou avocat), aux assureurs des personnes impliquées dans votre sinistre, aux tiers payeurs (par exemple CPAM, MSA, caisse complémentaire), aux réassureurs, ainsi qu'aux fonds de garantie.

Votre consentement est nécessaire pour le traitement de vos données de santé. Vous avez la possibilité de ne pas donner votre consentement ou de le retirer à tout moment, ce qui aura pour effet de mettre fin à l'instruction de votre dossier.

Vous disposez également de droits d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation, et d'opposition.

Vous pouvez exercer vos droits concernant vos données personnelles sur [www.macif.fr](http://www.macif.fr) rubrique données personnelles ou par voie postale à MACIF, Protection des Données Personnelles, 1 rue Jacques Vandier, 79 000 Niort.

Vous pouvez également vous adresser à la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

Toute l'information sur le traitement de vos données personnelles est disponible sur [www.macif.fr](http://www.macif.fr), rubrique données personnelles.

J'accepte le traitement de mes données de santé dans les conditions énoncées ci-dessus.

Nom :

Qualité : **victime - représentant légal - ayant-droit**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**SIGNATURE**

**NB** : Ce questionnaire devra nous être retourné à l'adresse suivante :

**G.I.A.  
Déclaration d'accident  
Pli confidentiel  
15A rue des Voirons  
74100 VILLE LA GRAND**

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

**Tous les documents nécessaires à la gestion de votre dossier (certificat médical, factures...) vous seront réclamés directement par l'assureur**