DÉCLARATION DE SINISTRE

ASSOCIATION SCOUTS ET GUIDES DE FRANCE

65 rue de la Glacière 75013 PARIS - Tel. 01 44 52 37 37 – télécopie 01 42 38 09 87

❑ Dommage corporel ❑ Dommage matériel

Date et heure du sinistre : . . . . . .
. . . . . .
Lieu : . . . . . .

Cadre réservé au Service Assurances du Centre national
Date de réception : . . . . . .
N° du dossier : . . . . . .

Adhérent concerné par le sinistre

Nom : . . . . . Prénom : . . . . . .
Date de naissance : ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ N° d'adhérent : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋
Adresse : . . . . . .
. . . . . Fonction : . . . . . .

ACCIDENTS CORPORELS OU MALADIE

La victime (ou son représentant légal pour les mineurs) bénéficie-t-elle :

*d'une assurance maladie obligatoire (S.S., autre…)

❑ OUI ❑ NON

Laquelle : . . . . . .

N° d'immatriculation :

⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋

*d'une mutuelle complémentaire ?

❑ OUI ❑ NON

Auprès de quel(s) organisme(s) :
. . . . . .
. . . . . .

Activité pratiquée au moment du sinistre et circonstances détaillées :

❑ Voyage ❑ Stage ❑ Camp ❑ Sortie ❑ WE
❑ Extra job ❑ Kermesse etc.
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

Joindre les dépositions des témoins si nécessaire ou leur nom et adresse dans les meilleurs délais.

Noms : . . . . . .
. . . . . .

Certificat médical de constatation des blessures :

(à joindre obligatoirement) - Nom et adresse du médecin :
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

Nature et siège des blessures :
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

Éventuellement, lieu d'hospitalisation :
. . . . . .
. . . . . .

DOMMAGES MATÉRIELS :

❑ OUI ❑ NON

Circonstances : . . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

Évaluation des dégâts : . . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

Joindre les devis et/ou factures de réparation.

Nom et adresse du tiers victime :
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

P.V. de police ou de gendarmerie établi par :
. . . . . .
. . . . . .

DÉCLARANT (responsable Scouts et Guides de France)

Territoire de l'unité :
. . . . . .
Groupe local de l'unité :
. . . . . .
Fonction :
. . . . . .
N° d'adhérent : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋
Nom : . . . . . .
Prénom : . . . . . .
Adresse : . . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

Fait à : . . . . . .le : . . . . . .
Signature :

N.B. IMPORTANT : Cette déclaration doit parvenir en deux exemplaires au Service Assurances du Centre national – 65 rue de la Glacière – 75013 PARIS, dans un délai de cinq jours. Parallèlement, la famille envoie les feuilles de soins et ordonnances à la Sécurité Sociale ou autre Caisse Maladie, ainsi qu'à leur mutuelle le cas échéant. En aucun cas, vous ne devez prendre position sur les responsabilités. Par contre, prévoyez la défense de vos intérêts, en cas de sinistre matériel grave en faisant éventuellement appel à un huissier.

TOUT DOSSIER NON CLOTURE DANS UN DELAI DE DEUX ANS DE SA SURVENANCE DOIT FAIRE L'OBJET D'UNE LETTRE RECOMMANDEE AVEC A.R. POUR PROROGER LES GARANTIES.