

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'apérateur.

Contrat n° **0 0 1 9 4 5 7 3 1 7** 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

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... (Durée 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

FEUILLE DE FRAIS

RÉFÉRENCES :

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	REMBOURSEMENTS À SOUSTRAIRE		SOMMES RESTÉES À CHARGE
			SÉCURITÉ SOCIALE	RÈGLEMENTS COMPLÉMENTAIRES	