



Groupama

GROUPAMA SA
Service GESTION DES CONTRATS NATIONAUX « GCN »
 5/7 rue du Centre
 93199 Noisy le Grand Cedex
 Tél. : 01.49.31.38.04 ou 01.49.31.38.12 ou 01.49.31.38.23.

- A remplir par le BENEVOLE ASSURE -

Remplissez même de façon sommaire votre déclaration pour respecter les délais de déclaration (5 jours ouvrables) suite au sinistre; puis constituez votre dossier et adressez-le nous une fois complet, en rappelant vos coordonnées ou le N° de notre accusé de réception de votre déclaration.

DECLARATION DE SINISTRE CONTRAT N° 961717701001
A retourner à GROUPAMA SA à l'adresse ci-dessus
(par courrier) dans les cinq jours.

BENEVOLE ASSURE

NOM et Prénom : M, Mme, Mlle, Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél. : Fax : E-mail :

Profession :

COORDONNEES DE L'ASSOCIATION OU DE LA COLLECTIVITE PUBLIQUE OU PRIVEE

Numéro d'enregistrement de l'association ou de la collectivité :

Dénomination et adresse :

Code postal : Commune :

Tél. : Fax : E-mail :

Activité de l'Association ou de la collectivité :

Nom et prénom du (de la) Président (e) ou du responsable Mme, Mlle, M.

ACCIDENT

Date de l'évènement :

Lieu :

Causes et circonstances de l'évènement :

A-t-il été établi un constat ? Oui (le joindre par courrier) Non

A-t-il été établi un procès verbal ? Oui Non

Si oui, coordonnées des autorités de police :

N° de procès verbal :

Témoins (nom et adresse)

ACTIVITES PRACTIQUEES AU MOMENT DE L'ACCIDENT

Activité pratiquée au moment des faits :

- dans le cadre de l'Association : Oui Non
- à titre individuel : Oui Non

Si Oui, Nom/Adresse/n° contrat de votre assureur Responsabilité Civile ou/et Multirisque Habitation

Quel était le motif du déplacement :

Tout accident impliquant un véhicule terrestre à moteur soumis à l'obligation d'assurance n'est pas garanti par le présent contrat.

DOMMAGES

Dommmages matériels : Oui Non

Description :

.....
.....

Estimation du préjudice :

.....

(Nous adresser un devis estimatif par courrier avec la copie de la présente déclaration).

Dommmages corporels : Oui Non

Description :

.....
.....

(Nous adresser par courrier avec copie de la présente déclaration le certificat médical constatant les blessures et le cas échéant : le bulletin d'hospitalisation et, en cas de décès, le certificat de décès).

Organismes sociaux :

Caisse de Sécurité Sociale : Oui Non , si non, coordonnées du régime obligatoire :

Numéro d'immatriculation :

Caisse ou mutuelle complémentaire : Oui Non

Numéro d'adhésion :

L'EVENEMENT IMPLIQUE T-IL UNE AUTRE PERSONNE : Oui Non

Si Oui :

NOM, Prénom : Mme, Mlle, M.

Adresse :

Commune : Code postal :

Tél. :

Assureur (nom et adresse) :

N° de contrat :

Fait à le

Signature de l'assuré :

Facultatif : Signature du (de la) Président (e)