



SG 48

Date de saisie _____

DECLARATION DE SINISTRE INDIVIDUELLE - RESPONSABILITE CIVILE

N° Sociétaire _____ L/C _____

A traiter A classer

CONTRATS - INTERCALAIRES

N° de sinistre _____

Date du sinistre _____ Heure _____

NOM, Prénom (ou RAISON SOCIALE pour les personnes morales) _____

ADRESSE _____

COMMUNE _____ CODE POSTAL _____

BUREAU DISTRIBUTEUR _____ N° de Téléphone _____

LIEU DU SINISTRE _____

Code Postal _____

Causes et circonstances du sinistre :
(joindre un plan, le cas échéant)

Eventuellement : NOM, Prénom, Adresse, Qualité (et âge, s'il s'agit d'un enfant) de l'auteur du sinistre

TEMOINS (Nom, Prénom et Adresse)

1. Code Postal _____

2. Code Postal _____

3. Code Postal _____

DECLARATON OBLIGATOIRE EN VERTU DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L.121-4 DU CODE DES ASSURANCES :

- AVEZ-VOUS CONTRACTE D'AUTRES ASSURANCES ?* NON OUI
(scolaires, sportives, ...)

Si OUI, lesquelles

* par d'autres assurances, il faut entendre celles susceptibles d'intervenir dans ce sinistre

Rapport de Police ou de Gendarmerie dressé par :

Constat d'Huissier dressé par :

• RESPONSABILITES CIVILES DIVERSES

NOM, Adresse et Age des tiers lésés

Conséquences matérielles et/ou corporelles

1.

Code Postal _____

2.

Code Postal _____

3.

Code Postal _____

• INDIVIDUELLE

ASSURE

Nom et Prénom _____

Date de naissance _____

Qualité (par rapport au Sociétaire) _____

Profession ou Activité _____

Adresse _____ Code Postal _____

N° de Téléphone _____

Désignation exacte des travaux auxquels se livrait la victime au moment de l'accident ou motif du déplacement s'il s'agit d'un accident de la circulation

Description des lésions (fournir obligatoirement le certificat médical les constatant)

Nom et Adresse du ou des Organismes de Prévoyance

Numéro d'immatriculation _____

Si le signataire n'est pas le Sociétaire :

NOM et prénom

Qualité

Adresse

BUREAU ayant enregistré la déclaration _____

Fait à _____ le _____

N° Sociétaire _____

Signature