



Direction des Partenariats Politiques

Contrat Carte loisirs

Association

Nom : ASSOCIATION ALTS

Adresse : 27 RUE ST JEROME 69007 LYON  
accueil@alts.asso.fr

Cachet de l'association obligatoire

**DECLARATION DE SINISTRE**

(à adresser à votre association)

**Adhérent**

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

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

Tél. : \_\_\_\_\_

Joindre obligatoirement le [bulletin d'adhésion](#)

**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 : \_\_\_\_\_

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

Tél. : \_\_\_\_\_

**Sinistre**

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

Causes et circonstances : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Dommmages

**Dommmages matériels ?**

Oui

Non

Description des dommmages matériels : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Joindre obligatoirement la facture d'achat ou le devis des réparations**

**Dommmages corporels ?**

Oui

Non

Description des dommmages corporels : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hospitalisation ?

Oui

Nombre de jours : \_\_\_\_\_

Non

**Organismes sociaux :**

Caisse de Sécurité Sociale ?

Oui

Non

Caisse complémentaire ?

Oui

Non

**En cas de dommmages corporels, joindre obligatoirement le certificat médical et le cas échéant, le bulletin d'hospitalisation et, en cas de décès, un certificat**

**Frais de secours ?**

Oui

Non

Moyens de secours (traîneau, barquette, ambulance...) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Les avez-vous réglés ?

Oui

Non

Si oui, joindre la facture

Intervention d'INTER MUTUELLES ASSISTANCE ?

Oui

Non

Si oui, mentionner le numéro du dossier : \_\_\_\_\_

## Activité

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

- pratiquée avec votre Association ?

Oui

Non

- pratiquée à titre individuel ?

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. : \_\_\_\_\_

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

Numéro de contrat : \_\_\_\_\_

Dommmages matériels ? Oui  Non

Dommmages corporels ? Oui  Non

Description des dommmages : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Assurances personnelles de l'adhérent

(déclaration obligatoire - Article L 121-4 du Code des Assurances)

Avez-vous souscrit ?

- 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

### Coordonnées de votre assureur :

Nom. : \_\_\_\_\_

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

Numéro de contrat : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_