



# DÉCLARATION DE SINISTRE DES ADHERENTS

Contrat N° 9.500.587

N'HESITEZ PAS A JOINDRE SI NECESSAIRE UN COMPLEMENT PAR FEUILLET DISTINCT



A COMPLETER en lettres capitales ET A RETOURNER DANS LES 5 JOURS

au

## SECRETARIAT NATIONAL EQUILIBERTE

39 Launay - 44850 LE CELLIER

[assurance@equiliberte.org](mailto:assurance@equiliberte.org) Tel : 02 40 50 72 16

Joindre obligatoirement à votre déclaration une photocopie lisible recto et verso de votre carte d'adhérent

*Document indispensable pour la prise en compte du sinistre*

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

Nom & Prénom :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Tél. :

Date de naissance :

Votre E-mail :

N° de carte d'adhérent :

Date de délivrance :

Nom et adresse de l'Association ayant délivré la carte :

Activités pratiquées :

Etes-vous licencié(e) auprès de la FFE ? NON  OUI

si oui, coordonnées de la licence :

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date de l'événement :

Heure :

Lieu :

Pays :

L'accident est survenu lors de la pratique d'une activité organisée sous l'égide d'EQUILIBERTE ? NON  OUI

Circonstances exactes de l'accident :

Nom du ou des témoins :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Lien de parenté avec l'adhérent :

Y a-t-il eu un procès verbal ou tout autre rapport établi par les autorités compétentes ? : NON  OUI  Si Oui : coordonnées et copie si possible

## EN CAS D'ACCIDENT AVEC UN TIERS,

Nom et adresse de VOTRE assureur Responsabilité Civile Vie Privée (article 121.4 du Code des Assurances)

Références de votre contrat :

## COORDONNEES DU TIERS

Nom & Prénom :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Le tiers est-il adhérent EQUILIBERTE ? : NON  OUI

Si Oui, n° de la carte :

Coordonnées de l'assureur du Tiers :

## RENSEIGNEMENTS SUR LES DOMMAGES DU TIERS

Dommages matériels : NON  OUI  Si Oui, nature des dommages

Dommages corporels : NON  OUI  Si Oui, nature des blessures

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOS DOMMAGES

Dommages matériels : NON  OUI  Si Oui, nature des dommages  
*joindre les justificatifs*

Dommages corporels : NON  OUI  Si Oui, nature des blessures  
*joindre certificat médical de constatations des blessures*

Etes-vous assuré(e) social(e) ? : NON  OUI

Si oui, coordonnées de Caisse :

N° d'immatriculation :

Avez-vous une complémentaire santé ? : NON  OUI

si oui, coordonnées de l'organisme :

Références de votre contrat :

A : \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent

## CADRE RESERVE A EQUILIBERTE

Le \_\_\_\_\_

Informations complémentaires si nécessaire :

Qualité du signataire, signature et cachet.