

Déclaration de sinistre

Pour un accident de la circulation entre deux véhicules, utilisez le constat à l'amiable.

Souscripteur / Société de musique :

Contrat n° 100 653 50 R

Nom _____ prénom _____

N° tél privé _____ n° portable _____

Profession _____ n° tél professionnel _____

Adresse _____

Commune _____ code postal _____

Etes-vous assujetti à la T.V.A. ? Oui Non

Pour le même risque, avez-vous déjà souscrit un contrat auprès d'une autre société ?
Oui Non

Pour un règlement rapide quelques conseils...

- Décrivez de la manière la plus complète les circonstances du sinistre, **même si il y a eu constat** de police ou de gendarmerie.
- En cas de **vol**, la déclaration doit nous parvenir dans les 48h, accompagnée du récépissé du dépôt de plainte auprès de police ou à la gendarmerie.
- Renseignez cette déclaration le plus complètement possible, vous accélérerez ainsi le règlement de votre dossier.
- Veuillez remettre cette déclaration dans l'agence Groupama la plus proche ou la retourner à :

Groupama Alsace
101 route de Hausbergen - B.P. 30014 Schiltigheim
67012 Strasbourg Cedex

Agence de _____

Conseiller _____

A _____ le _____

Signature du souscripteur

Dans le cadre de la conclusion et de la gestion des contrats Groupama, les informations vous concernant sont destinées aux services de l'assureur, à ses mandataires, prestataires et réassureurs, ainsi qu'aux organismes professionnels. Elles sont également destinées, à des fins commerciales, aux sociétés et partenaires du groupe des Assurances Mutuelles Agricoles Groupama. Si vous ne le souhaitez pas, vous pouvez vous y opposer en cochant cette case . Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de communication et rectification au siège de Groupama Alsace.

Groupama Alsace

101 route de Hausbergen - B.P. 30014 Schiltigheim - 67012 Strasbourg Cedex

Tél. +33 (0)3 88 81 52 52 - Fax +33 (0)3 88 62 32 61

www.groupama.fr

Entreprise régie par le Code des Assurances

Dommmages matériels

Objets sinistrés	Age de l'objet	Evaluation approximative du dommage

Blessés

Nom(s), prénom(s), adresse(s) et nature des blessures _____

Identité du tiers

Nom _____ prénom _____
Adresse _____
Commune _____ code postal _____
N° tél _____ n° portable _____

Société d'assurance

Nom _____ Contrat n° _____
Adresse _____

Témoins

Leurs coordonnées nous permettront de mieux vous défendre.

Nom - prénom	Adresse
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Déclaration

Cet accident a-t-il fait l'objet d'un procès-verbal de la gendarmerie ou d'un rapport de police ?

Oui Non

Si oui, Brigade ou Commissariat de _____

N° P.V. _____

Assurance de personnes

Veillez cocher les cases qui correspondent aux pièces jointes à votre déclaration.

Nature de l'événement

ouvrant droit à prestations

Formalités à accomplir et pièces à nous transmettre

Arrêt de travail

- Certificat médical¹ exposant la cause médicale de l'arrêt, son point de départ et sa durée probable.
- En cas de prolongation, des certificats médicaux de prolongation d'arrêt de travail.

Invalidité

- Certificat médical¹ précisant la cause de l'invalidité, la date présumée de consolidation des blessures ou de stabilisation de l'état de santé de l'assuré ainsi que le taux d'IPP (Incapacité Permanente Partielle) ou d'IPT (Incapacité Permanente Totale) prévisible.

Hospitalisation ou séjour de convalescence

- Certificat médical¹ indiquant la nature de la maladie ou de l'accident.
- Bulletins d'entrée et de sortie délivrés par l'établissement (les pièces doivent indiquer le nom et le prénom de la personne concernée).

Décès

- Acte de décès de l'assuré.
- Justificatifs précisant les circonstances du décès.
- Photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité, recto-verso, certifiée conforme par le bénéficiaire.

Obsèques

- Acte de décès.
- Justificatifs des dépenses (factures acquittées).

Cure thermale

- Nous fournir la preuve :
- que la cure est prise en charge par l'organisme de protection sociale auquel l'assuré est affilié;
 - que l'assuré a suivi cette cure pendant toute sa durée.

Naissance mort-né.

- Extrait de naissance ou certificat médical¹ si l'enfant est

Dépendance

- Certificat médical¹ descriptif de dépendance (annexé aux Conditions Générales) rempli par le médecin traitant.

Complémentaires frais de soins

- Il convient de se reporter aux dispositions régissant votre contrat (CAP, Capital Santé, CMC, GSA...).

(1) Les certificats médicaux sont à transmettre sous pli confidentiel au Service Règlements Santé à l'attention de Monsieur le Médecin Conseil Régional.