



Direction Métier IARD
Centre MFA
TSA 37217
79060 NIORT CEDEX 9
☎ : 05 49 09 44 90
@ : dpp_sinistres@macif.fr

**CONTRAT
RC ACTIVITES
PROFESSIONNELLES
Commerçants Non Sédentaires**

N° Sociétaire : 9303014 P003

D É C L A R A T I O N D E S I N I S T R E

**A adresser à:
FNSCMF
14 rue de Bretagne
75003 PARIS**

Adhérent

Nom, Prénom (ou RAISON SOCIALE pour les personnes morales) : _____
Adresse : _____
Code postal/Ville : _____ Tél. : _____
Adresse mail : _____
Adhérent à : _____ Contrat n° _____
Etes-vous sociétaire MACIF : Oui Non
Si oui, votre N° sociétaire : _____

Sinistre

Date : ____/____/____ Lieu : _____
Causes et circonstances (joindre un plan le cas échéant) : _____

Dommages

Si un tiers identifié est responsable de votre accident, rubrique « Dommages » ci-dessous à remplir :

Dommages matériels ? Oui Non

Description des dommages : _____

Dommages corporels ? Oui Non

Description des dommages : _____

Décès ? Oui Non

En cas de décès de l'assuré, adresser à la FNSCMF en même temps que la déclaration :

-un bulletin de décès

-la photocopie du livret de famille

Tiers impliqué dans le sinistre

Nom, Prénom : _____

Adresse : _____

Assureur : Nom : _____ Numéro de contrat : _____

 Adresse : _____

Code postal/Ville : _____

Dommages matériels ? Oui Non

Description des dommages : _____

Dommages corporels ? Oui Non

Description des dommages : _____

Hospitalisation ? Oui Non Si oui, nombre de jours : _____

Organismes sociaux :

Caisse de Sécurité Sociale ? Oui Non

Si oui, adresse et N° identifiant : _____

Caisse complémentaire ? Oui Non

Si oui, adresse et N° identifiant : _____

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

Éléments de preuve

Témoins :

1- Nom, Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal/Ville : _____

2- Nom, Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal/Ville : _____

Rapport de police ou de gendarmerie dressé par : _____

Constat d'huissier dressé par : _____

Fait à _____

le _____

Protection de la vie privée

MACIF, responsable de traitements, traite les données recueillies pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance, la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude, ce qui peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, le cas échéant de portabilité et de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès que vous pouvez exercer sur le site www.macif.fr/assurance/particuliers/donnees-personnelles depuis le formulaire d'exercice des droits ou par voie postale à : MACIF - Direction Générale - Protection des données personnelles, 1 rue Jacques Vandier, 79 000 Niort.

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr).

Toutes les précisions sur la protection de vos données sont accessibles sur notre site : <https://www.macif.fr/assurance/particuliers/donnees-personnelles>

En fonction de la nature de votre dossier, nous pouvons être amenés à traiter des données considérées comme particulières au sens de l'article 9 du RGPD (données révélant l'origine raciale ou ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques, l'appartenance syndicale, les données génétiques ou biométriques, les données concernant la santé, l'orientation sexuelle et la vie sexuelle). Parmi ces données nous ne traitons que celles strictement nécessaires à la gestion de votre dossier. Dans ce cadre, la réglementation nous impose de recueillir votre consentement pour le traitement de ces données. Vous pouvez ne pas nous le donner ou le retirer à tout moment ce qui aura pour conséquence d'arrêter l'instruction et la gestion de votre sinistre.

Je soussigné(e).....

Qualité (entourer la mention utile) :

- assuré/adhérent
- représentant légal* - ayant droit* de M./Mme
-

* joindre le justificatif de votre qualité de représentant légal ou d'ayant droit : livret de famille, copie intégrale de l'acte de naissance, décision ordonnant la protection du majeur, acte de notoriété...

Demeurant à

Réf dossier

autorise la MACIF à traiter, dans le respect du secret professionnel, et le cas échéant du secret médical, des données particulières définies à l'article 9 du RGPD dans le cadre de la gestion du sinistre ou l'exécution du contrat d'assurance et à les transmettre aux personnes habilitées des entités d'Aéma Groupe, assureurs, partenaires et tout autre organisme ou tiers habilités aux mêmes fins.

Fait àle

Signature :

NB : Ce questionnaire, ainsi que tous les documents médicaux (sollicités et à venir) en lien avec votre préjudice, devront nous être retournés à l'adresse suivante :

**MACIF
Service médical
Pli confidentiel
TSA 57219
79060 NIORT Cedex 9**

Il conviendra de bien préciser dans votre envoi les références du dossier Macif