



Mutuelle Assurance des Commerçants et Industriels de France et des Cadres et Salariés de l'Industrie et du Commerce. Société d'Assurance Mutuelle à cotisations variables. Entreprise régie par le Code des Assurances. Siège Social : 79037 NIORT Cedex 9.

F.N.S.C.N.S.

CONTRAT
"Commerçants Non Sédentaires"

DECLARATION DE SINISTRE

(à adresser à la FEDERATION NATIONALE DES SYNDICATS
DE COMMERCANTS NON SEDENTAIRES - 14 rue de Bretagne - 75003 PARIS)

N° de Sociétaire	9 303 014
N° de sinistre	

ADHERENT

Nom, Prénom (ou RAISON SOCIALE pour les personnes morales) et Adresse :

Commune : _____ Code Postal : _____

Tél. : _____

Adhérent à la F.N.S.C.N.S. N°: _____

SINISTRE

Date : _____ Heure : _____ Lieu : _____ Code Postal : _____

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

TIERS LESES

NOM, Prénom, Adresse :

Conséquences matérielles et / ou corporelles

① _____

Code Postal : _____

② _____

Code Postal : _____

TEMOINS

NOM, Prénom, Adresse

① _____ Code Postal : _____

② _____ Code Postal : _____

Rapport de Police ou de Gendarmerie dressé par : _____

Constat d'Huissier dressé par : _____

Déclaration obligatoire en vertu des dispositions de l'Article L 121-4 du Code des Assurances :

- Avez-vous contracté d'autres assurances ? *

NON OUI → Lesquelles : _____

* (Par autres assurances, il faut entendre celles susceptibles d'intervenir dans ce sinistre)

Etes-vous sociétaire MACIF à titre personnel ?

NON OUI N° Sociétaire : _____

ASSURANCE DES DOMMAGES CORPORELS DUS A UN ACCIDENT

En cas de décès de l'ADHERENT

■ adresser à la F.N.S.C.N.S., en même temps que la déclaration de sinistre :

- un bulletin de décès,
- la photocopie du livret de famille.

Fait à : _____ Le : _____