

1 ^{ER} DOMMAGE CAUSÉ	2 ^{EME} DOMMAGE CAUSÉ	3 ^{EME} DOMMAGE CAUSÉ
Nom et Prénom : _____	Nom et Prénom : _____	Nom et Prénom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____	Adresse : _____
Nature des dégâts matériels : _____	Nature des dégâts matériels : _____	Nature des dégâts matériels : _____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

CAUSES ET CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT
(Avec, s'il y a lieu, croquis sommaire, mais clair)

CAS PARTICULIERS DES GROUPEMENTS
(Associations sportives, établissements d'enseignement, œuvres de jeunesse, colonies de vacances, etc.)

Numéro et date d'affiliation de l'auteur : _____

La Responsabilité Civile (du Groupement ou des parents) est-elle également couverte par une autre Société (Compagnie ou Mutuelle) (*) ? Oui Non

Si Oui, laquelle ? _____

Numéro et date d'effet du contrat de cette autre Société : _____

CONSTATS ÉTABLIS

Par l'Agent n° : _____ du Commissariat de : _____

Par la Gendarmerie de : _____

Par Maître : _____ Huissier, demeurant à : _____

à ma demande (*) (et/ou) à la demande de mes adversaires (*).

1 ^{ER} TÉMOIN	2 ^{EME} TÉMOIN	3 ^{EME} TÉMOIN
Nom et Prénom : _____	Nom et Prénom : _____	Nom et Prénom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____	Adresse : _____
Observations : _____	Observations : _____	Observations : _____
_____	_____	_____

Préciser dans les "Observations" si les témoins étaient des parents, préposés ou amis de l'Assuré ou du tiers.

Les informations portées sur ce document sont obligatoires pour instruire votre dossier sinistre, à défaut nous ne pourrions lui donner une suite favorable. Ces informations sont destinées à GENERALI assurances IARD, ses mandataires et réassureurs ainsi qu'aux organismes participant à la gestion du dossier. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification de vos données auprès du siège de GENERALI assurances IARD.

Je soussigné certifie que les renseignements contenus dans la présente déclaration sont exacts en tous points.

Fait à _____, le _____ **Signature de l'Assuré**

OBSERVATIONS DE L'AGENT

Situation cotisations : à jour Quittances retournées au Siège le _____

Fait à _____, le _____ **Signature de l'Agent**

(*) Cocher la case correspondante.