



**Déclaration d'accident**



A REMPLIR AVEC PRECISION POUR OPTIMISER L'INSTRUCTION DU DOSSIER ET RENVOYER A :  
GROUPAMA SA - DCIM/GCN 5-7 rue du centre – 93199 Noisy le Grand Cedex

**REFERENCES DU CONTRAT FNSMR :**

FNSMR - 1 rue Sainte Lucie - 75015 PARIS - Tel. 09.72.29.09.72

Nom du foyer rural ou de l'association : .....

Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
Téléphone : .....

Le Président soussigné : .....  
Déclare le sinistre survenu le : ..... à (lieu exact) : .....

à Nom et Prénom : ..... né(e) le : .....  
Domicile : .....  
Emploi : .....

Nom, prénom du représentant légal (si victime est un mineur) : .....

N° de carte d'adhérent (\*) : ..... RC IA délivrée le .....  
Quelle était l'activité exercée lors de la survenance du sinistre : .....

Circonstances précises des faits : .....

**(\*) joindre impérativement la photocopie de la carte d'adhérent**

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

Nom et adresse des témoins : .....

**Y-A-T-IL EU**

Rapport de police ou de gendarmerie ? OUI  NON

Si OUI, adresse du commissariat ou de la gendarmerie : .....



**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (suite)**

**AUTEUR DE L'ACCIDENT (si autre que la victime)**

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....  
.....

S'il s'agit d'un adhérent, N° de carte d'adhérent : ..... date de délivrance : .....  
S'il ne s'agit pas d'un adhérent      Bénévole : OUI  NON       Tiers : OUI  NON

Coordonnées de l'assureur et références du contrat (s'il ne s'agit pas d'un adhérent) : .....  
.....

**BLESSÉ**

Nature des blessures : .....  
.....  
.....

Hospitalisation ? OUI  NON   
Si OUI, adresse de l'hôpital : .....  
.....

Durée approximative de l'incapacité temporaire : .....

Nom et adresse du médecin traitant : .....  
.....

**(joindre un certificat médical concernant l'état de santé du blessé).**

Le blessé est-il assuré social : OUI  NON   
Si OUI, numéro d'assuré : .....  
Adresse de la Caisse de Sécurité Sociale : .....  
.....

Bénéficie-t-il d'une Mutuelle ou d'un Organisme de prévoyance complémentaire ? OUI  NON   
Si OUI, nom et adresse de cet organisme : .....  
.....

S'il y a eu plusieurs blessés, donner les renseignements ci-dessus pour chaque blessé.

**DOMMAGES MATÉRIELS**

Nature des biens endommagés : .....  
.....

Montant approximatif des dommages : .....

**(joindre devis des réparations, facture initiale d'achat...)**

Fait à : ..... Le : .....

**SIGNATURE (avec mention « certifié sincère et véritable »)**