



Toujours là pour moi.

DECLARATION DE SINISTRE

Garantie Service de Remplacement Agricole



SERVICES DE REMPLACEMENT

IMPORTANT : cette déclaration ainsi que tous les documents demandés doivent être mis dans l'enveloppe confidentielle destinée au médecin conseil de Groupama, à clore et joindre à votre dossier.

Service de Remplacement :
**SERVICE DE REMPLACEMENT
DU VERCORS**
Maison du Parc
255, chemin des Fusillés
38250 Lans en Vercors
Tél : 06.08.08.65.36

IDENTIFICATION ASSURE :

Nom : Prénom :
Adresse :
Tel : Date de naissance : / /
N° adhérent SRA : 11268643C N° sociétaire Groupama : 11268643C

SINISTRE :

Date de début de l'arrêt de travail : / /
Date prévisible de fin de l'arrêt de travail : / /
Date à laquelle le remplacement a commencé : / /

1. S'il s'agit d'un ACCIDENT, précisez :

- o Date de survenance : / /
- o S'il s'agit d'une rechute, date de l'accident initial : / /
- o S'il s'agit : d'un accident du travail d'un accident de la vie privée.
- o Circonstances détaillées de l'accident :
.....
.....
.....

2. S'il s'agit d'une MALADIE, précisez :

- o Date de début : / /
- o S'agit-il d'une rechute ? Oui Non
- o S'agit-il d'une maladie professionnelle ? Oui Non

MERCI DE TOUJOURS JOINDRE A CETTE DECLARATION, SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ATTENTION DU MEDECIN CONSEIL DE LA CAISSE REGIONALE :

- la prescription d'arrêt de travail,
- en cas d'accident, tout document précisant la nature des lésions,
- en cas de maladie, tous documents précisant la nature de l'affection.

Fait le : / / à :

Signature de l'adhérent :