



DECLARATION DE SINISTRE
« CONTRAT GROUPE ASSURANCE DES ASSOCIATIONS » N°108138/R
SOUSCRIT PAR LA FEDERATION FRANCAISE DU BENEVOLAT
ASSOCIATIF

Veillez faire parvenir cette déclaration par courrier à l'adresse suivante :

SMACL Assurances
Amélie GUILLOT
141, Avenue Salvador Allende
79031 - NIORT Cedex 9
OU par mail : ca-smacl@smacl.fr
OU par fax : 05.49.32.33.77

- A compléter par l'ASSOCIATION -

ASSOCIATION

- . ▪ Dénomination et Adresse :

- . ▪ N° tél : _____
- . ▪ N° d'ordre mentionné sur vos Conditions Particulières : _____
- . ▪ Responsable de l'Association : _____
- . ▪ Signature :

- A compléter par l'Adhérent, impliqué dans l'accident -

ADHERENT

- . ▪ NOM et Prénom : _____
- . ▪ Date de naissance : _____
- . ▪ Adresse : _____
- . ▪ N° de téléphone : _____
- . ▪ Licence bénévole OUI NON
- . ▪ **Assurances personnelles** (à remplir obligatoirement – Article L121-4 du Code des Assurances)

| Avez-vous souscrit :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - un contrat «Responsabilité Civile», | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| - un contrat « Multirisque Habitation » | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| - une assurance scolaire | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| - une licence Fédération Sportive | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

Nom de la Société d'assurance : _____

Adresse : _____

N° de contrat : _____

N° de téléphone : _____

SINISTRE

▪ Date : ____ / ____ / ____

▪ Lieu : _____

▪ Département : _____

▪ Causes et circonstances du sinistre :

▪ A-t-il été établi un constat ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
----------------------------------	------------------------------	------------------------------

(le joindre)

▪ A-t-il été établi un procès verbal ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------

▪ Si oui : coordonnées des autorités de police : _____

N° de procès verbal : _____

Témoins (nom et adresse) :

ACTIVITES

- Activité pratiquée au moment des frais : _____
- avec votre Association : OUI NON
- à titre individuel : OUI NON
- Quel était le motif du déplacement : _____

DOMMAGES

Dommmages matériels : OUI NON

Description :

Dommmages corporels : OUI NON

Description :

Joindre le certificat médical constatant les blessures, le cas échéant : le bulletin d'hospitalisation et, en cas de décès, le certificat de décès.

Organismes sociaux :

Caisse de Sécurité Sociale : OUI NON

Caisse complémentaire : OUI NON

FRAIS DE SECOURS OUI NON

Intervention d'INTER MUTUELLES ASSISTANCE G.I.E : OUI NON

Si oui, mentionner le numéro dossier _____

L'ACCIDENT IMPLIQUE-T-IL UNE AUTRE PERSONNE ?

. ▪ NOM, Prénom :

. ▪ Adresse

▪ Assureur (nom de la compagnie et adresse) :

▪ N° de contrat : _____

☞ . ▪ Dommages matériels : OUI NON

. ▪ Dommages corporels : OUI NON

. Description : _____

Fait à : _____ , le _____