



Votre

# déclaration de sinistre

Contrat d'assurance  
Licence bénévole  
N° 106778/N



## Déclaration à adresser à :

FFBA  
5 rue des castors  
68200 mulhouse  
Mail : [contact@benevolat.org](mailto:contact@benevolat.org)  
Tél. : 03 89 43 36 66

## ASSOCIATION

- Dénomination et adresse : .....
- Téléphone : .....
- E-mail : .....
- N° adhérent FFBA : .....
- Référence sinistre FFBA : .....
- Date de prise d'effet de l'adhésion : .....
- Nom de naissance et prénom du Président : .....

## PERSONNE PHYSIQUE BLESSÉE

- Nom de naissance et prénom : .....
- Date de naissance : .....
- E-mail : .....
- Licence bénévole :  OUI  NON
- Garantie optionnelle perte de revenus :  OUI  NON
- Assurance personnelle (à remplir obligatoirement – Article L.121-4 du Code des assurances)
  - Avez-vous souscrit ? – un contrat «responsabilité civile» :  OUI  NON – un contrat «Multirisque habitation» :  OUI  NON
  - un assurance scolaire :  OUI  NON – une licence Fédération sportive :  OUI  NON
- Nom de la société d'assurance : .....
- Adresse : .....
- N° de contrat : .....

## CIRCONSTANCES DU SINISTRE

- Date : .....
- Lieu : .....
- Département : .....
- Activité exercée lors de la survenance du sinistre : .....
- Causes et circonstances du sinistre : .....
- A-t-il été établi un constat ?  OUI (le joindre)  NON
- A-t-il été établi un procès verbal ?  OUI (le joindre)  NON
- Si oui : coordonnées des autorités de police : .....
- Témoins (nom de naissance, prénom et adresse) : .....

## DOMMAGES

- Dommages matériels :  OUI  NON  
Description : .....  
Montant approximatif des dommages (joindre devis des réparations, factures initiales d'achat) : .....
- Dommages 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 :  
Assurance maladie (Sécurité sociale, MSA, etc.) :  OUI  NON  
Complémentaire - Mutuelle santé :  OUI  NON
- Frais de secours :  OUI  NON
- Intervention de SMACL Assistance :  OUI  NON  
Si oui, mentionner le numéro dossier : .....

## LE SINISTRE IMPLIQUE-T-IL UNE AUTRE PERSONNE (TIERS) ?

- Nom de naissance et Prénom : .....
- Adresse : .....
- Assureur (nom de la compagnie et adresse) : .....
- N° de contrat : .....
- A-t-il subi des dommages matériels ?  OUI  NON  
Description : .....
- Montant approximatif des dommages (joindre devis des réparations, factures initiales d'achat) : .....
- A-t-il subi des dommages 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) : .....

**Vos données personnelles :** SMACL Assurances, en qualité de responsable du traitement, recueille et utilise vos données personnelles pour la gestion de votre dossier d'indemnisation ou de votre recours. Vos données peuvent également être traitées dans le cadre de nos obligations en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et dans le cadre du dispositif de lutte contre la fraude mis en oeuvre dans l'intérêt légitime de SMACL Assurances et de ses sociétaires. Les données médicales vous concernant collectées ci-dessus nous sont nécessaires pour le traitement de votre dossier d'indemnisation ou de votre recours.

Pour plus d'informations sur l'utilisation de vos données ou l'exercice de vos droits (accès, rectification, opposition, etc.), consultez notre espace dédié « Données personnelles » sur notre site internet ([www.smacl.fr/donnees-personnelles](http://www.smacl.fr/donnees-personnelles)) ou contactez le Délégué à la protection des données : [protectiondesdonnees@smacl.fr](mailto:protectiondesdonnees@smacl.fr)

J'accepte que des données médicales me concernant soient collectées et traitées par Smacl Assurances pour les stricts besoins liés à la gestion de mon dossier et qu'elles soient communiquées à tout médecin, avocat, expert ou autre organisme intervenant au dossier ou dont l'avis est sollicité dans l'exercice de mon recours. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment, mais nous ne serons alors plus en mesure de traiter votre demande d'indemnisation si des données médicales sont nécessaires.

Fait à ....., le .....

Nom et signature (avec mention «certifié sincère et véritable») :



05 49 32 43 50 (prix d'un appel local)

**SMACL ASSURANCES** - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes régie par le Code des assurances.  
RCS Niort n° 301 309 605. Siège social : 141, avenue Salvador-Allende - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9.

01/2022 — Conception : Direction de la marque et de la communication SMACL Assurances.

