



**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**  
**Pôle Partenariat**  
**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'adhérent FFBA : \_\_\_\_\_
- .   ▪ **N° d'ordre mentionné sur vos Conditions Particulières (OBLIGATOIRE) :**  
\_\_\_\_\_
- .   ▪ 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)



**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 / MSA : OUI  NON

Caisse complémentaire : OUI  NON

**FRAIS DE SECOURS** OUI  NON

Intervention de SMAACL ASSISTANCE : 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 \_\_\_\_\_