



DECLARATION DE SINISTRE 2017

**«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**)

Avez-vous souscrit :

➤ un contrat "Responsabilité Civile" OUI NON

➤ un contrat "Multirisques Habitation" OUI NON

➤ une assurance scolaire OUI NON

➤ une licence Fédération Sportive OUI NON

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 amiable ? OUI NON
(le joindre)
- A-t-il été établi un procès verbal ?
- Si oui : coordonnées des autorités de police : _____

N° de procès verbal : _____

Témoins :

- NOM et Prénom : _____
- Adresse : _____
- N° de téléphone : ___/___/___/___/___

ACTIVITES

- Activité pratiquée au moment des faits : _____

- avec votre association : OUI NON
- à titre individuel : OUI NON

- Si l'accident a eu lieu lors d'un déplacement, veuillez préciser 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 SMACL Assistance OUI NON

Si oui, mentionner le numéro de dossier _____

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

▪ 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 _____