



## 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 \_\_\_\_\_