



# DÉCLARATION DE SINISTRE

Contrat d'assurance Protection juridique  
Fédération française du bénévolat associatif  
N° 108138/R

## 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

Formulaire à compléter dès lors que le contrat "Protection juridique" peut être activé.

En cas de sinistre SMACL Assurances vous invite à contacter notre service d'Information juridique au 0 800 000 502.

Un juriste vous conseillera sur la nécessité de remplir une déclaration.

À réception de cette fiche complétée, un juriste vous accusera réception. Vous recevrez ensuite un courrier vous informant de notre position sur la garantie.

## ASSOCIATION

- Dénomination et adresse : .....
- Téléphone : .....
- E-mail : .....
- N° adhérent FFBA : .....
- Référence sinistre FFBA : .....
- N° ordre mentionné sur votre attestation d'assurance : .....
- Nom de naissance et prénom du Président : .....

## SINISTRE

Faites un résumé précis des faits en précisant la nature du litige, le lieu de survenance et les dates clés. N'hésitez pas à nous faire connaître l'accord amiable que vous souhaiteriez conclure.

Pensez à joindre toutes pièces utiles à sa bonne compréhension (voir liste des pièces ci-dessous).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Montant connu ou estimé du litige ou du différend :

- Avez-vous déjà engagé des frais pour votre affaire ?  OUI (le joindre)  NON
- Si oui, quel en est le montant ? .....

## LIBRE CHOIX DE L'AVOCAT

Si, dans le cadre du traitement de votre litige, l'intervention d'un avocat s'avère nécessaire pour transiger, vous assister ou vous représenter en justice, merci de nous faire part du choix de l'avocat en application de l'article L.127-3 du Code des assurances.

- Je souhaite faire appel à l'Avocat de mon choix dont les coordonnées sont indiquées ci-dessous :

Maître : .....

- Je ne connais pas d'Avocat ; je vous demande de procéder à la désignation de l'Avocat qui m'assistera.

## PRÉCISIONS OU INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

**Pour nous permettre d'intervenir efficacement, vérifiez que vous avez joint à la présente déclaration, les pièces et éléments de preuve indiqués ci-dessous.**

### PIÈCES À FOURNIR

**De manière générale, joignez la copie (recto/verso) des pièces suivantes à la présente déclaration :**

- Convocation, Assignation, Citation
- Constat, Procès-verbaux
- Courriers échangés
- Justificatifs de votre demande (factures, témoignages, photographies, etc.)

**Copie (recto/verso) des pièces complémentaires à joindre selon la nature de votre sinistre :**

#### EMPLOI

- Contrat de travail et avenants
- Courrier de convocation à l'entretien préalable au licenciement
- Courrier signifiant le licenciement
- Solde de tout compte et les 3 derniers bulletins de salaire

#### LOCAUX D'ACTIVITÉS

- Contrat de bail
- Congé, états des lieux d'entrée et de sortie
- Relevé détaillé des loyers et charges impayés

#### PRESTATIONS DE SERVICE - LITIGES COMMERCIAUX

- Devis
- Bon de commande ou livraison
- Facture
- Devis de réparation

#### COPROPRIÉTÉ

- Procès-verbal d'Assemblée Générale contestée
- Relevés de charges

#### AUTOMOBILE

- Carte grise
- Facture(s) litigieuse(s)
- Devis de réparation

#### TRAVAUX

- Contrat ou devis
- Procès-verbal de réception des travaux
- Devis de réparation

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 .....

Signature (avec mention "certifié sincère et véritable") :

## SMACL Assurances

141, avenue Salvador-Allende - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9  
Tél. : +33 (0)5 49 32 56 56

SMACL Assurances - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes  
régie par le Code des assurances - RCS Niort n° 301 309 605.

