



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 _____