



« Contrat d'assurance sur la base de l'accord-cadre familles rurales »

Souscrit par la fédération régionale, départementale ou territoriale familles rurales (à préciser par la fédération) :

Contrat n° : (à préciser par la fédération)

**REPLIR AVEC PRÉCISION ET ADRESSER
cette déclaration par courrier ou mail directement à votre fédération de rattachement sous 48H**

- À compléter par l'association ou le groupement ou la fédération elle-même -

ASSOCIATION-GROUPEMENT-FÉDÉRATION

Dénomination et adresse :		
.....		
Code postal :	Localité :	
Téléphone :	Email :	
Responsable de la structure :		Signature :
.....		

PERSONNE PHYSIQUE

Nom :		Prénom :	
Date de naissance :			
Adresse :			
Code postal :	Localité :		
Téléphone :			
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 :			
Code postal :	Localité :		
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 ? ☐ OUI ☐ NON

➤ Si oui : coordonnées des autorités de police

N° de procès verbal :

TÉMOINS

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Localité :

N° de téléphone :

ACTIVITÉS

Activité pratiquée au moment des faits :

➤ avec la structure locale (FAMILLES RURALES) : ☐ OUI ☐ NON

➤ à titre individuel : ☐ OUI ☐ NON

Si l'accident a eu lieu lors d'un déplacement, veuillez préciser le motif du déplacement :

DOMMAGES

➤ Dommages matériels : ☐ OUI ☐ NON

Description :

➤ Dommages 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.

PROTECTION SOCIALE

➤ Assurance maladie (Sécurité sociale / MSA) : ☐ OUI ☐ NON

Nom caisse et N° d'immatriculation :

➤ Mutuelle ou complémentaire santé : ☐ OUI ☐ NON

Nom organisme et N° d'affiliation :

Frais de secours : ☐ OUI ☐ NON

Intervention de SMACL Assistance : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, mentionner le numéro de dossier :

LE SINISTRE IMPLIQUE-T-IL UNE AUTRE PERSONNE (TIERS) ?	
Nom :	Prénom :
Adresse :	
Code postal :	Localité :
Assureur (nom de la compagnie et adresse) :	
N° de contrat :	
A-t-il subi des dommages matériels : ☐ OUI ☐ NON	
Description :	
MONTANT APPROXIMATIF DES DOMMAGES (joindre devis des réparations, factures initiales d'achat) :	
➤ A-t-il subi des dommages corporels : ☐ OUI ☐ NON	
Description :	

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 sociétés.

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) ou contactez le Délégué à la protection des données : 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

Nom et signature du déclarant :
Cachet de la fédération de rattachement :



05 49 32 56 56 (prix d'un appel local)

Contrat distribué par votre **CAISSE RÉGIONALE DE CRÉDIT AGRICOLE**, immatriculée auprès de l'ORIAS en qualité de courtier. Les mentions de courtier en assurances de votre Caisse sont disponibles sur www.mentionscourtiers-credit-agricole.fr ou dans votre agence Crédit Agricole.

Contrat porté par **SMACL ASSURANCES** - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes régie par le Code des assurances, RCS Niort n° 301 309 605 141. Siège social : 141, avenue Salvador-Allende - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9.

01/2022 — Conception : Direction de la marque et de la communication SMACL Assurances.

