

**Association souscriptrice**

Dénomination sociale : ..... Siège social : .....

Téléphone : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Adresse Mail : .....

Date de création : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| ..... Numéro de déclaration au Journal Officiel : .....

Objet social : .....

Nombre de salariés : ..... Dont personnel médical ou paramédical : .....

Nombre de bénévoles : ..... Dont ..... au maximum susceptibles d'intervenir en même temps

Nombre d'administrateurs : ..... Nombre d'adhérents : ..... Nombre de site(s) : .....

N° Siren : ..... Budget annuel de l'année civile précédant l'année en cours : .....

Projet d'affaire nouvelles : préciser le numéro de client : .....

Projet de remplacement du contrat N° : .....

Date d'effet : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| ..... Echéance principale : .....

Durée du contrat : ..... Si temporaire, fin d'effet : .....

**Garantie Responsabilité Civile Association**

Les activités principales de l'association

Association sportive, préciser :

Le(s) sport(s) pratiqué(s)	Le nombre d'adhérents par sport

Association non sportive : préciser la nature et la fréquence des activités

.....

.....

.....

.....

.....

Les activités récurrentes mais occasionnelles de l'association

<input type="checkbox"/> Salon - Congrès	fois /an	Nombre de participants : ..... / manifestation
<input type="checkbox"/> Concert - Vente de charité - Kermesse - Fête - Braderie - Loto	fois /an	
<input type="checkbox"/> Organisation de camp ou de voyage en France ou à l'étranger	fois /an	Nombre de participants : ..... / manifestation
<input type="checkbox"/> Autres : préciser la nature de l'activité :	fois /an	

Les activités exceptionnelles de l'occasion

Préciser la nature de ou des activité(s) : .....

**Antécédents :**

L'association est-elle assurée actuellement en responsabilité civile ?  Oui  Non

**Si oui, préciser :**

Le nom de l'assureur : ..... La date d'échéance de votre contrat : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Le nombre de litiges déclarés au cours des 3 dernières années : .....

La nature du ou des litige(s) : .....

Le précédent contrat "Responsabilité Civile" a t-il été résilié par l'assureur ?  Oui  Non

Si oui, motifs de la résiliation : .....

.....

## Protection juridique

Nombre de conflits individuels du travail au cours des 3 dernières années : .....

Le souscripteur a-t-il déjà souscrit une garantie protection juridique :  Oui  Non

Si oui, préciser :

Le nom de l'assureur : ..... La date d'échéance de votre contrat : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Le nombre de litiges déclarés au cours des 3 dernières années : .....

La nature du ou des litige(s) : .....

Le précédent contrat Protection juridique a-t-il été résilié par l'assureur ? :  Oui  Non

Si oui, motifs de la résiliation : .....

## Options biens confiés / Mise à disposition de locaux

Les montants garantis :	Montant des garanties	Montant des franchises
	<b>Mise à disposition de locaux</b>	
Incendie, explosion	763.000 €	
Dégât des eaux	76.300 €	10 % des dommages
Dommages électriques	4.600 €	Mini : 150 €
Bris des glaces	1.600 €	Maxi : 450 €
Vol	3.100 €	
	<b>Bien confiés</b>	
Incendie, explosion	76.300 €	
Dégât des eaux	76.300 €	10 % des dommages
Dommages électriques	4.600 €	Mini : 150 €
Vol	3.100 €	Maxi : 450 €
Autres dommages matériels	1.600 €	

Souhaitez-vous souscrire l'option Mise à disposition de locaux / Biens confiés ?  Oui  Non

## Option Individuelle accident

### Résumé des garanties

<b>Décès</b>	
Adulte	7.700 €
Mineur	3.100 €
<b>Incapacité Permanente Totale ou Partielle (Franchise 6 %*)</b>	30.500 €
<b>Incapacité Temporaire (Franchise de 7 Jours*)</b>	16 € par jour (maxi 365 jours)
<b>Traitement médical</b>	7.700 €
<b>Soins et frais de prothèses :</b>	
Auditives	155 €
Orthopédiques	305 €
Dentaires (Indemnité par dent)	230 €
Frais d'optique	155 €
Frais de transport	765 €
Frais de rapatriement	765 €
Frais de recherche	765 €
Part des frais de transport pour soins	305 €

\* Les franchises ne sont pas applicables pour les préposés non salariés et permanents bénévoles.

Si vous souhaitez souscrire la garantie individuelle - accident, indiquer la qualité des assurés et leur nombre :

Administrateurs : Nombre : .....  Bénévoles : Nombre : .....

Adhérents : Nombre : .....  Autre (préciser : ..... ) : Nombre : .....

### Le souscripteur déclare que les réponses faites ci-dessus sont exactes, complètes et sincères.

Je reconnais avoir été informé, conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée :

- Du caractère obligatoire des réponses aux questions posées pour l'établissement des conditions particulières ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L.113-8 (nullité du contrat) et L.113-9 réduction des indemnités) du Code des assurances.
- Que les destinataires des données personnelles me concernant pourront être d'une part, et en vertu d'une autorisation de la Commission nationale Informatique et Libertés, les collaborateurs de l'assureur responsable du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion, et l'exécution des contrats d'assurance et, d'autre part, ses intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités ainsi que les sous-traitants missionnés.
- Que mes données peuvent être utilisées dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de lui ou auprès des autres sociétés du groupe auquel il appartient.
- Que je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de la Mutuelle Saint- Christophe assurances – 277 rue Saint Jacques - 75256 Paris cedex 05 pour toute information me concernant.
- Que les données recueillies par l'assureur lors de la souscription et des actes de gestion peuvent être utilisées par la Mutuelle Saint-Christophe assurances à des fins de prospection commerciale. Je peux m'y opposer en écrivant à l'adresse indiquée ci-dessus.
- Les informations contenues dans le présent formulaire ou jointes en annexes à celui-ci seront conservées dans les dossiers de l'assureur et feront partie intégrante du contrat.
- En cas de modifications des déclarations effectuées dans le formulaire ou ses annexes avant la prise d'effet du contrat, le soussigné notifiera ses modifications à l'assureur qui se réserve le droit de modifier ou de retirer son offre.

### Documents à retourner

- Copie des statuts en vigueur
- Copie des comptes et bilans
- Copie du rapport de gestion
- Rapport d'activité

### Signature

La signature du présent formulaire ne suffit pas à engager l'assureur

**Signature et fonction du représentant du souscripteur précédées de la mention "lu et approuvé":**

Fait à : ..... Le : .....

### Partie à remplir par le responsable de développement MSC

L'association a-t-elle un lien avec une autre structure assurée à la MSC ? Si oui, préciser laquelle :

Nom : .....

N° Client : .....

Numéro(s) de contrat(s) : .....