

Multigaranties Vie Associative

Demande : d'assurance
de modification du contrat numéro _____

➤ JOINDRE IMPÉRATIVEMENT LES STATUTS.

LE SOUSCRIPTEUR

Dénomination complète :

Adresse du siège social : N° _____ Rue _____

Lieu-dit _____ Code postal [][][][][][][][] Commune _____

Appellation usuelle (signe abrégé) _____

☎ _____ Fax _____ @ e-mail _____

Fédération d'appartenance _____

Représentée par :

M. Mme Mlle **NOM** _____ Prénom _____

Qualité : Président Secrétaire Trésorier Autre _____

☎ _____ @ e-mail _____

DESTINATAIRE AUQUEL DOIVENT ÊTRE ADRESSÉS LES DOCUMENTS RELATIFS AU CONTRAT ET À SA GESTION

M. Mme Mlle **NOM** _____ Prénom _____

Qualité : Président Secrétaire Trésorier Autre _____

☎ _____ Fax _____ @ e-mail _____

Votre adresse : N° _____ Rue _____

Lieu-dit _____ Code postal [][][][][][][][] Commune _____



L'ASSOCIATION

LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ASSOCIATION

L'association est-elle :

- déclarée auprès : de la Préfecture de la Sous-Préfecture
du Tribunal/Chambre de proximité
- publiée au Journal Officiel (ou au journal d'annonces légales local)
le
- reconnue d'utilité publique, indiquer la date du décret de reconnaissance
- exonérée des taxes sur les contrats d'assurance ? OUI NON
Si OUI, joindre les justificatifs.
- assujettie à l'impôt sur les sociétés de droit commun ?
OUI NON

L'association héberge-t-elle des mineurs ou des personnes handicapées ?

OUI NON **Si OUI, indiquez la capacité d'hébergement**

totale (nombre de places) _____

Nombre de membres _____

Nombre de salariés (équivalent temps plein) _____

Montant du budget (adhésions, subventions, recettes, dons/prêts/autres)

_____ €

Nombre de jours de manifestations occasionnelles par an

(hors activités principales) _____

LES ACTIVITÉS PRINCIPALES

- • Si l'association organise, elle-même de façon régulière (même une fois par an), en dehors des assemblées générales, des voyages et séjours (incluant au moins une nuitée), elle doit être immatriculée au registre des agents de voyage ou affiliée à une fédération ou union déclarée, elle-même immatriculée et qui s'en porte garante. À défaut, elle doit en déléguer l'organisation à un professionnel du voyage.
- Attention, en cas de pratique (même occasionnelle) d'une activité d'aéromodélisme (exemple drone), **seuls sont assurés les aéromodèles de catégorie A maximum**, utilisés exclusivement à des fins de loisirs dans le respect de la réglementation en vigueur.

ACTIVITÉS NON SPORTIVES

1 _____	3 _____	5 _____
2 _____	4 _____	6 _____

ACTIVITÉS SPORTIVES ET NOMBRE DE PRATIQUANTS

SPORT(S)	NOMBRE DE PRATIQUANTS	SPORT(S)	NOMBRE DE PRATIQUANTS
1 _____	_____	5 _____	_____
2 _____	_____	6 _____	_____
3 _____	_____	7 _____	_____
4 _____	_____	8 _____	_____

LE PACK RESPONSABILITÉ CIVILE

GARANTIES DU PACK RESPONSABILITÉ CIVILE

- | | |
|---|--|
| - Responsabilité Civile Vie Associative | - Défense Pénale et Recours suite à accident |
| - Responsabilité Civile Personnelle des Mandataires Sociaux | - Information Juridique par téléphone |

- **Souhaitez-vous souscrire le Pack Responsabilité Civile ?** OUI NON

LES GARANTIES OPTIONNELLES DU PACK RESPONSABILITÉ CIVILE

• Souhaitez-vous souscrire certaines garanties optionnelles du Pack Responsabilité Civile ci-dessous ?

- Responsabilité Civile Dépositaire au profit des personnes handicapées ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	- Responsabilité Civile Dépositaire ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si OUI, préciser le nombre de chambres _____ le prix moyen par chambre _____ €
- Responsabilité Civile après travaux ou après livraison ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si OUI, préciser : la valeur assurée _____ € le montant du chiffre d'affaires _____ €	- Responsabilité Civile du fait des mandataires judiciaires à la protection des majeurs ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si OUI, préciser le nombre de mandataires _____
- Responsabilité Civile Médicale ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

LE PACK ACCIDENTS CORPORELS

- • Au titre du Déficit Fonctionnel Permanent, aucune indemnité n'est versée si le taux d'Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP) retenu est inférieur ou égal à 10 %.

GARANTIES DU PACK ACCIDENTS CORPORELS			
GARANTIES	CAPITAUX DE BASE	POUR DES MONTANTS SUPÉRIEURS, LES PRÉCISER CI-DESSOUS	
- Décès	16 000 €	Ces capitaux peuvent être augmentés par tranche de 1 000 € €
- Déficit Fonctionnel Permanent	32 000 €	 €
- Dépenses de Santé Actuelles	1 000 €	Ces capitaux peuvent être augmentés par tranche de 100 € €
- Frais de Recherche	1 000 €	 €

- Souhaitez-vous souscrire le Pack Accidents Corporels ? OUI NON Si **OUI**, compléter ci-dessous.

LES PERSONNES À GARANTIR EN ACCIDENTS CORPORELS

Tous les membres Une partie des membres seulement (joindre la liste nominative des personnes concernées, par activité)

Mineurs ou personnes handicapées hébergés

Tous les pratiquants d'une activité sportive (préciser le ou les sports - se reporter au tableau complété en page 2)

Sport n° 1 Sport n° 2 Sport n° 3 Sport n° 4 Sport n° 5 Sport n° 6 Sport n° 7 Sport n° 8

LA GARANTIE OPTIONNELLE DU PACK ACCIDENTS CORPORELS

- Incapacité temporaire totale de travail : Montant de base : **10 €**
Ce montant peut être multiplié jusqu'à 10 fois **10 € x _____ = _____ €**

- Souhaitez-vous souscrire la garantie optionnelle du Pack Accidents Corporels ? OUI NON Si **OUI**, compléter ci-dessous.

LES PERSONNES À GARANTIR EN INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

Tous les membres Une partie des membres seulement (joindre la liste nominative des personnes concernées, par activité)

Mineurs ou personnes handicapées hébergés

Tous les pratiquants d'une activité sportive (préciser le ou les sports - se reporter au tableau complété en page 2)

Sport n° 1 Sport n° 2 Sport n° 3 Sport n° 4 Sport n° 5 Sport n° 6 Sport n° 7 Sport n° 8

LE PACK DOMMAGES AUX BIENS (À REMPLIR POUR CHAQUE LOCAL)

- Si l'association est occupante à titre gratuit ou locataire d'un ou plusieurs locaux et si cette occupation, tous locaux confondus, est inférieure ou égale à 30 jours par an, sans contenu à assurer : avec le Pack Responsabilité Civile, la Responsabilité Civile Locative est accordée sans surprime et le(s) local(aux) ne doit(vent) pas être déclaré(s).
- Attention, les locaux ne doivent pas être réservés à un usage professionnel ni être situés dans un centre commercial.

GARANTIES DU PACK DOMMAGES AUX BIENS

- Incendie et Risques annexes - Dommages Électriques - Tempête, Chute de Grêle et Poids de la Neige - Dégât des Eaux et Gel - Vol et Actes de Vandalisme	- Bris des Glaces - Catastrophes Naturelles - Attentats et Actes de Terrorisme - Émeutes, Mouvement populaire et Actes de sabotage
--	---

- Souhaitez-vous souscrire le Pack Dommages aux Biens ? OUI NON Si vous souhaitez assurer plusieurs locaux, complétez cette page pour chaque local.

DESCRIPTIF DU LOCAL RELATIF AU PACK DOMMAGES AUX BIENS

- Surface développée du local et/ou de la dépendance : somme des surfaces au sol de chaque niveau, y compris la surface des sous-sols, caves, greniers et combles.

Adresse : N° _____ Rue _____

Lieu-dit _____ Code postal | | | | | Commune _____

Surface développée du local et/ou de la dépendance (tous niveaux confondus) : Local _____ m² Dépendance _____ m²

Utilisation du local : siège social salle de réunion salle d'activités salle de sport vestiaires sanitaires
salle de restaurant hébergement entrepôt autre (préciser) _____

Valeur du contenu _____ € (biens mobiliers appartenant ou confiés à l'association : meubles, matériel, aménagements, marchandises, embellissements, à l'exclusion des objets précieux)

Nombre annuel de jours d'occupation (consécutifs ou non) : moins de 60 jours de 61 à 120 jours plus de 120 jours

Qualité de l'association : locataire occupante à titre gratuit propriétaire occupante copropriétaire occupante

- Si le local est prêté temporairement par l'association à un autre organisme, l'association renonce-t-elle à tout recours contre celui-ci ? OUI NON Si OUI, joindre les justificatifs.
- Si l'association est locataire ou occupante à titre gratuit, renonce-t-elle à tout recours contre le propriétaire et son assureur ? OUI NON Si OUI, joindre les justificatifs.

DESCRIPTIF DU BÂTIMENT ABRITANT LE LOCAL

Définitions des matériaux résistants :

- **Construction** : maçonnerie (c'est-à-dire béton, briques, pierres, parpaings unis par un liant), vitrages en verre minéral, panneaux simples ou doubles de métal (fibres de roches ou de verre), fibre-ciment, panneaux composites constitués d'un isolant minéral pris en sandwich entre deux plaques de métal ou de pisé de ciment et de mâchefer, pisé de terre, quelle que soit l'ossature verticale.
 - **Couverture** : ardoises ou tuiles, vitrages en verre minéral, plaques de métal, fibre-ciment (couverture sèche), panneaux composites constitués d'un isolant-minéral pris en sandwich entre deux plaques de métal ou de fibre-ciment, bacs métalliques nus ou isolés par des fibres de verre ou de roches, béton avec isolant minéral (ou sans isolant) et étanchéité (quelle que soit l'étanchéité), quelle que soit la charpente du toit.
- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Le bâtiment est-il construit avec + de 80 % de matériaux résistants ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> • La couverture est-elle construite avec + de 80 % de matériaux résistants ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> • Le bâtiment est-il classé totalement ou partiellement monument historique ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> • Le bâtiment est-il protégé par :
une alarme <input type="checkbox"/> un système de télésurveillance <input type="checkbox"/> |
|---|---|

LES GARANTIES OPTIONNELLES DU PACK DOMMAGES AUX BIENS

- Souhaitez-vous souscrire certaines garanties optionnelles du Pack Dommages aux Biens ci-dessous ?

- Bris de machines et de matériel informatique ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si OUI, préciser le montant assuré (dans la limite de 50 % de la valeur du contenu) _____ €	- Perte d'exploitation et frais supplémentaires d'exploitation ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si OUI, préciser le montant assuré (ce montant ne peut être supérieur au montant du budget de l'association) _____ €
---	---

LES ANTÉCÉDENTS

L'association est-elle déjà assurée ? OUI NON Si **OUI**, indiquer le nom de l'assureur _____

Le numéro du contrat _____ et les garanties souscrites _____

Ce contrat a-t-il été résilié ? OUI NON Si **OUI**, indiquer le motif _____

L'assureur a-t-il résilié ce contrat ? OUI NON Si **OUI**, indiquer à quelle date

Indiquer le motif : nullité non-paiement sinistre autre _____

Des sinistres ont-ils été déclarés dans ce(s) local(aux) au cours des 36 derniers mois ? OUI NON Si **OUI** compléter ce tableau :

DATE DU SINISTRE	NATURE DU SINISTRE (INCENDIE, DÉGÂT DES EAUX...)
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____

• Le souscripteur a-t-il connaissance d'un fait ou d'une réclamation susceptible de mettre en jeu la Garantie Responsabilité Civile ?

OUI NON Si **OUI**, préciser _____

Date de ce fait ou de cette réclamation

LA DATE D'EFFET SOUHAITÉE

• **Sous réserve de notre accord**, la demande d'assurance peut prendre effet au plus tôt :

- dans l'heure qui suit le dépôt au guichet de l'une de nos Agences GMF,
- le lendemain à zéro heure de l'envoi simple ou recommandé,
- à 10 heures, le premier jour ouvrable qui suit son dépôt dans une boîte aux lettres de l'une de nos Agences GMF.

À quelle date **la demande** d'assurance doit-elle prendre effet ?

• **Si la demande concerne une modification**, ne pas adresser de règlement et indiquer (**sous réserve de notre accord**) à quelle date la modification doit prendre effet

POLITIQUE DE PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Vos données personnelles sont traitées par la GMF et le groupe Covéa, auquel elle appartient, responsables de traitement.

Le groupe Covéa est représenté par Covéa, Société de Groupe d'Assurance Mutuelle, régie par le Code des assurances, RCS Paris 450 527 916, dont le siège social se situe 86-90 rue Saint-Lazare - 75009 Paris. Pour obtenir des informations sur le groupe Covéa, vous pouvez consulter le site <https://www.covea.eu>.

Vos données personnelles sont collectées et traitées pour permettre de réaliser des opérations de prospection commerciale et vous proposer le service ou le produit le plus adapté à vos besoins.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement de vos données personnelles et d'opposition à la prospection commerciale. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : GMF - Protection des données personnelles - 45930 Orléans cedex 9, ou protectiondesdonnees@gmf.fr. Les informations complémentaires sur vos droits et le traitement de vos données personnelles sont disponibles sur le site gmf.fr, page "Données personnelles".

LA SIGNATURE

Le souscripteur est avisé 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.

Fait à _____, le _____

 Signature

