



MAE ASSOCIATIONS PLUS PROPOSITION

SOUSCRIPTEUR

Nom :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone : | | | | | | | | | | | | | | | |
Portable : | | | | | | | | | | | | | | | |
Fax : | | | | | | | | | | | | | | | |
Email :

REPRÉSENTANT DE L'ASSOCIATION OU DE LA COLLECTIVITÉ

Nom :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone : | | | | | | | | | | | | | | | |
Portable : | | | | | | | | | | | | | | | |
Fax : | | | | | | | | | | | | | | | |
Email :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RISQUE À ASSURER :

TYPE DE GROUPEMENT

- Association collectivités publiques Conseil de parent d'élèves Comité d'entreprise Assistantes maternelles groupées en association Centre de loisirs et garderie

EFFECTIF

Effectif de l'association (membres, dirigeants, bénévoles et préposés)
Membres du Bureau Les membres du Bureau doivent toujours être comptabilisés dans l'effectif
Si l'association est affiliée FCPE, indiquez l'effectif du ou des établissements dont le CPE a la charge :
Si le groupement est un comité d'entreprise, indiquez le nombre de salariés de l'entreprise :
Êtes-vous organisateur d'activités sportives ? oui non

ACTIVITÉS

NATURE DES ACTIVITÉS PRATIQUÉES

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

MANIFESTATIONS

MANIFESTATION 1 Intitulé :
Nombre de participants (dont membres et bénévoles) :
Type de la manifestation :
Date de la manifestation : du | | | | | | | | | | au | | | | | | | | | |
Durée : jours
Manifestation reconduite chaque année oui non

MANIFESTATION 2 Intitulé :
Nombre de participants (dont membres et bénévoles) :
Type de la manifestation :
Date de la manifestation : du | | | | | | | | | | au | | | | | | | | | |
Durée : jours
Manifestation reconduite chaque année oui non

MANIFESTATION 3 Intitulé :
Nombre de participants (dont membres et bénévoles) :
Type de la manifestation :
Date de la manifestation : du | | | | | | | | | | au | | | | | | | | | |
Durée : jours
Manifestation reconduite chaque année oui non

MANIFESTATION 4 Intitulé :
Nombre de participants (dont membres et bénévoles) :
Type de la manifestation :
Date de la manifestation : du | | | | | | | | | | au | | | | | | | | | |
Durée : jours
Manifestation reconduite chaque année oui non

VOYAGES

VOYAGE 1 Intitulé :
Nombre de participants :
Type de voyage :
Destination :
Dates du voyage : du _____ au _____
Durée : jours
Voyage reconduit chaque année oui non

VOYAGE 2 Intitulé :
Nombre de participants :
Type de voyage :
Destination :
Dates du voyage : du _____ au _____
Durée : jours
Voyage reconduit chaque année oui non

VOYAGE 3 Intitulé :
Nombre de participants :
Type de voyage :
Destination :
Dates du voyage : du _____ au _____
Durée : jours
Voyage reconduit chaque année oui non

VOYAGE 4 Intitulé :
Nombre de participants :
Type de voyage :
Destination :
Dates du voyage : du _____ au _____
Durée : jours
Voyage reconduit chaque année oui non

BIENS À USAGE COLLECTIF

Ce module permet de garantir les biens nomades et/ou non stockés dans les locaux de l'association.

Matériel à assurer à l'année

Montant du matériel en valeur à neuf : €

Descriptif des biens à assurer :

Matériel à assurer temporairement

Montant du matériel en valeur à neuf : € du _____ au _____

Descriptif des biens à assurer :

Montant du matériel en valeur à neuf : € du _____ au _____

Descriptif des biens à assurer :

Montant du matériel en valeur à neuf : € du _____ au _____

Descriptif des biens à assurer :

BIENS EXPOSÉS

(Communiquer la liste des biens exposés si la valeur est supérieure à 7.500 €).

Matériel à assurer à l'année

Montant du matériel en valeur à neuf : €

Descriptif des biens à assurer :

Durée inférieure ou égale à 10 jours par an supérieure à 10 jours par an

Matériel à assurer temporairement

Montant du matériel en valeur à neuf : € du _____ au _____

Descriptif des biens à assurer :

Montant du matériel en valeur à neuf : € du _____ au _____

Descriptif des biens à assurer :

Montant du matériel en valeur à neuf : € du _____ au _____

Descriptif des biens à assurer :

BIENS PERSONNELS

La garantie est applicable à l'ensemble des membres de l'association et porte sur :

- les biens emportés pour les besoins de l'activité et sur recommandation de l'association
- l'intervention sur les frais restant à charge en cas d'accident avec véhicule personnel pour les besoins de l'activité

LOCAUX OCCUPÉS TEMPORAIREMENT PAR L'ASSOCIATION OU LA COLLECTIVITÉ

Ce module permet de garantir les locaux occupés temporairement. Ces locaux, quel que soit leur nombre, ne peuvent être occupés de façon globale pour une durée supérieure à 30 Jours (la garantie de 30 jours ne s'entend donc pas local par local). Le contenu du local occupé est garanti à concurrence de 20.000 €.

Durée de l'occupation temporaire moins de 11 jours moins de 31 jours

Surface du plus grand local occupé : m²

LOCAUX OCCUPÉS PAR L'ASSOCIATION OU LA COLLECTIVITÉ

Ce module permet de garantir les locaux occupés de façon permanente ou pour une durée supérieure à 30 jours.

Qualité : Locataire Occupant à titre gratuit Propriétaire occupant Propriétaire non occupant

Nom du local :

Adresse :

Code postal : Ville :

Surface : m²

Contenu mobilier (meubles meublants et matériels à demeure dans les locaux assurés)		
incendie	dégâts des eaux	vol
..... € € €

Capital Bris de glace : €

Recours du locataire : € (propriétaire non occupant uniquement)

Durée d'occupation : Toute l'année

Durée comprise entre 30 et 365 jours par an, dans ce cas précisez le nombre de jours :

Il s'agit : Monument historique : Oui Non Construction en dur à plus de 90% : Oui Non

Salle de sports : Oui Non Couverture en dur à plus de 90% : Oui Non

Locaux de collectivité : Oui Non Activités dangereuses proches : Oui Non

En cas de pluralité de locaux dans cette rubrique, vous voudrez bien nous donner l'ensemble des informations pour chacun des locaux concernés

ENFANTS

Ce module permet de bénéficier de l'école à domicile et de la conduite à l'école en cas d'accident subi par les enfants membres de l'association au cours des activités déclarées.

Nombre d'enfants :

ARRÊT DE TRAVAIL

Nombre : (fournir la liste nominative des personnes concernées)

ANNULATION DE VOYAGE

Destination : Date : du au

Montant du dédit (somme restant à votre charge si le voyage est annulé) :

Destination : Date : du au

Montant du dédit (somme restant à votre charge si le voyage est annulé) :

ANNULATION DE MANIFESTATION

Nature de la manifestation : Date : du au

Nombre de places :

Nature de la manifestation : Date : du au

Nombre de places :

Je souhaite souscrire les modules suivants :

Modules	Module Initial	Pack Pluriel	À la carte
Formule souscrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activité (Responsabilité civile / défense, recours, individuelle accident et assistance)	✓	✓	<input type="checkbox"/>
Manifestation (Responsabilité civile / défense, recours, individuelle accident et assistance)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voyages (Responsabilité civile / défense, recours, individuelle accident et assistance)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biens meubles à usage collectif		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biens exposés		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biens personnels		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurance des locaux occupés temporairement (Locaux occupés moins de 30 jours et de contenu inférieur à 20.000 €)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurance des locaux occupés			<input type="checkbox"/>
Enfant (École à domicile et conduite à l'école)			<input type="checkbox"/>
Arrêt de travail			<input type="checkbox"/>
Annulation de voyage			<input type="checkbox"/>
Annulation de manifestation			<input type="checkbox"/>

Le Pack Pluriel doit être composé au minimum de 5 modules sur les 7 possibles et comprendre obligatoirement le module Activité. Il fait l'objet de mesures tarifaires préférentielles.

ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE		
Assureur actuel :		
Résiliation par l'assureur dans les 24 derniers mois ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Pour quel motif :		
Avez vous subi des sinistres au cours des 24 derniers mois ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, précisez :		
Date du sinistre	Nature du sinistre	Coût

Je déclare être informé que les réponses faites :

- sont des éléments permettant d'apprécier le risque proposé,
- ont un caractère obligatoire.

En conséquence, je m'expose en cas de réticence, de fausse déclaration intentionnelle, d'omission ou de déclaration inexacte aux sanctions prévues par les articles L.113-8 (nullité du contrat) et L.113-9 (réductions des indemnités) du Code des Assurances.

Je déclare être informé que je dispose d'un droit d'accès pour rectification de toutes informations me concernant conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978.

J'autorise l'assureur à communiquer ces réponses à ses correspondants ou prestataires dans la mesure où cela est nécessaire à la gestion et à l'exécution du ou des contrats souscrits auprès de lui. Je déclare que les réponses faites ci-dessus sont exactes et conformes à la vérité.

Fait à le Signature du représentant de l'association

À retourner à la MAE