Association Pour l'Assurance Confédérale
Bureaux : 21, rue Saint-Fargeau
BP 313 - 75989 PARIS CEDEX 20

N° Affiliation
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
ASSOCIATION AFFILIEE ☐

ASSURANCE DES CENTRES DE VACANCES - A.C.V. -

N° Association
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
ASSOCIATION NON AFFILIEE ☐

DESIGNATION DE LA FEDERATION OU DE L'ASSOCIATION SOUSCRIPTRICE : _____

_____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

IMPORTANT – Pour que la garantie « trajet » soit accordée, les dates de départ du domicile et retour à celui-ci doivent être impérativement comprises dans la période d'assurance portée sur le bordereau d'adhésion, même si le trajet n'est pas assumé par l'organisateur souscripteur.

ORGANISATEUR : FEDERATION ☐ ASSOCIATION ☐

01 - Lieu d'implantation _____
Dates : du_____ au _____ Nbre jours _____ x Nbre participants _____ x _____ € = _____ €

02 - Lieu d'implantation _____
Dates : du_____ au _____ Nbre jours _____ x Nbre participants _____ x _____ € = _____ €

03 - Lieu d'implantation _____
Dates : du_____ au _____ Nbre jours _____ x Nbre participants _____ x _____ € = _____ €

04 - Lieu d'implantation _____
Dates : du_____ au _____ Nbre jours _____ x Nbre participants _____ x _____ € = _____ €

05 - Lieu d'implantation _____
Dates : du_____ au _____ Nbre jours _____ x Nbre participants _____ x _____ € = _____ €

06 - Lieu d'implantation _____
Dates : du_____ au _____ Nbre jours _____ x Nbre participants _____ x _____ € = _____ €

07 - Lieu d'implantation _____
Dates : du_____ au _____ Nbre jours _____ x Nbre participants _____ x _____ € = _____ €

08 - Lieu d'implantation _____
Dates : du_____ au _____ Nbre jours _____ x Nbre participants _____ x _____ € = _____ €

09 - Lieu d'implantation _____
Dates : du_____ au _____ Nbre jours _____ x Nbre participants _____ x _____ € = _____ €

10 - Lieu d'implantation _____
Dates : du_____ au _____ Nbre jours _____ x Nbre participants _____ x _____ € = _____ €

TOTAL GENERAL _____ **€**

Cachet de la Délégation	Cadre réservé à la Délégation	Je, soussigné_____ responsable de l'association, déclare disposer de la notice descriptive « Multirisque Adhérents Association » et accepter sans réserve les garanties précisées dans ce document. A _____ le _____ Signature :

ASSUREURS PROCURANT LES GARANTIES :

- *Assurance de personnes "Accident Corporel" : M.A.C. (Mutuelle Accidents de la Confédération Générale des Oeuvres Laïques), mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Immatriculation au registre des mutuelles : 331903757 - 3 rue Récamier 75007 PARIS.*
- *Responsabilité civile, Assurance de dommages, Protection juridique : Mutuelle Assurance des Instituteurs de France – Société d'assurance mutuelle à cotisations variables – Entreprise régie par le Code des Assurances – 79038 NIORT cedex 9.*
- *Assistance : INTER MUTUELLES ASSISTANCE (IMA) G.I.E – Groupement d'intérêt économique au capital de 3.750.000 € – Siège social : 118 avenue de Paris – 79000 NIORT.*

Les données à caractère personnel recueillies par ce document sont obligatoires pour permettre à l'APAC la prise en compte de votre demande. Sauf opposition de votre part, nous pouvons être amenés à utiliser ces informations à des fins de prospection. Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Pour toute demande, contactez l'APAC 21 rue Saint-Fargeau – BP 313 – 75989 PARIS CEDEX 20.