

DECLARATION DE SINISTRE

à adresser dans les 5 jours ouvrés à MMA
DC AIS - Division Prévoyance, 1 allée du Wacken – 67978 STRASBOURG Cedex 9
Tél. : 03 88 11 70 08 – 03 88 11 70 21

ASSURANCE DE BASE : CONTRAT N° 114 246 500

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLUB ASSURE

. NOM : N° AFFILIATION :
. ADRESSE :
. REPRESENTANT :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE LICENCIÉ ASSURE

Nom, Prénom : Tél. | | | | | | | | | | |
Adresse :
Code postal | | | | | | Ville
Date de naissance : Sexe :

N° DE LICENCE FEDERALE [] joindre obligatoirement une photocopie

Les garanties facultatives accordées par le contrat n° 114 246 501 ont-elles été souscrites ?

Si oui, préciser le n° de l'option :

LE SINISTRE

Date : Heure :
Lieu : Département :

PRECISEZ LA NATURE DES DOMMAGES QUE VOUS AVEZ SUBIS :

- Corporels [] OUI - [] NON - Matériel [] OUI - [] NON

PRECISEZ LES CAUSES ET CIRCONSTANCES DETAILLEES : (votre réponse est obligatoire)
.....
.....
.....
.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA RESPONSABILITE CIVILEA-t-il été établi un **constat amiable** ? OUI NONA-t-il été dressé un **procès-verbal** de gendarmerie ou de commissariat ? OUI NONSi oui : - Coordonnées des autorités :
- N° du procès-verbal :

Témoins éventuels (indiquez les noms et adresse) :

- M
- MUn **tiers** est-il en **cause** (personne autre que "l'Assuré") ? Nom, Prénom :

Adresse :

Nature des dommages subis par le tiers :

Coordonnées de son assureur : Nom :

- Adresse :

- N° de contrat :

Dans tous les cas :**Vous devez (article L 121-4 du Code des Assurances) nous indiquer l'existence de vos contrats "RESPONSABILITE CIVILE", "MULTIRISQUE HABITATION" ET "ASSURANCE SCOLAIRE" et le cas échéant, déclarer ce sinistre, au titre des Assurances Cumulatives à vos Assureurs RC :**

Nom de la compagnie : N° de contrat

Adresse :

Confirmez-nous que vous chargez les MMA de votre recours : OUI NON**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DOMMAGES CORPORELS SUBIS PAR L'ASSURE**L'assuré est-il décédé ? OUI NONDescription des lésions (**fournir obligatoirement le certificat médical les constatant**) :
.....
.....

Organisme de prévoyance (Sécurité sociale, Mutualité agricole...) : N° d'immatriculation :

Nom :

Adresse :

Organisme complémentaire (Mutuelle, contrat d'assurance maladie...) : N° d'affiliation ou de contrat :

Nom :

Adresse :

Pour vous faire rembourser, joignez toujours :

- . pour des frais d'hospitalisation ou de clinique
- . pour des frais médicaux ou pharmaceutiques
 - le décompte du régime social,
 - le décompte du régime complémentaire, si vous en avez un,
 - **un certificat médical descriptif des blessures.**

N'oubliez pas, en cas d'hospitalisation ou de clinique :

- la note de frais de l'établissement de soins (duplicata)

Si les garanties complémentaires ont été souscrites :

- ♦ Pour les personnes exerçant une activité salariée
 - le certificat d'arrêt de travail
 - le bulletin de salaire des trois mois précédant l'accident
 - les bulletins de salaires des mois suivant l'arrêt de travail (sur lesquels figure la perte de revenus)
 - les décomptes des règlements de la Sécurité sociale et de tout autre régime de prévoyance susceptible de régler des indemnités journalières.
- ♦ Pour les non salariés
 - le certificat d'arrêt de travail
 - les avis d'imposition des trois dernières années précédant l'accident.

Fait à le

Signature du Représentant du Club (obligatoire)

Signature de la victime ou de son représentant (à préciser)