



## 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 ASSURÉ**

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: 10/10/2018

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 CIVILE

A-t-il été établi un **constat amiable** ?

OUI  NON

A-t-il été dressé un **procès-verbal** de gendarmerie ou de commissariat ?

OUI  NON

Si oui : - Coordonnées des autorités :

- N° du procès-verbal :

Témoins éventuels (indiquez les noms et adresse) :

- M .....  
- M .....

Un **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  NON

Description 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)