



DÉCLARATION DE SINISTRE

Déclaration à transmettre par le Comité Départemental 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° 118 270 222

RESPONSABILITÉ CIVILE ET ACCIDENTS CORPORELS

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLUB ASSURÉ

- NOM : N° AFFILIATION :
- ADRESSE :
- REPRÉSENTANT :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE LICENCIÉ ASSURÉ

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

N° DE LICENCE FÉDÉRALE *joindre obligatoirement une photocopie*

La garantie facultative "Option avantage" a-t-elle été souscrite ?

Le cas échéant, joindre une copie de l'attestation qui vous a été délivrée.

LE SINISTRE

Date : Heure :
Lieu : Département :

PRÉCISEZ LA NATURE DES DOMMAGES QUE VOUS AVEZ SUBIS :

- Corporels OUI NON - Matériel OUI NON

PRÉCISEZ LES CAUSES ET CIRCONSTANCES DÉTAILLÉES : (votre réponse est obligatoire)

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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA RESPONSABILITÉ 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 "RESPONSABILITÉ 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'ASSURÉ

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 la garantie "indemnités journalières" et mise en jeu :

◆ 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 et cachet du Comité Départemental

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