

## **DECLARATION DE SINISTRE**

(à utiliser pour tous types de sinistre corporel ou matériel à adresser dans les 5 jours à votre agence MMA IARD)

ASSURANCE DE BASE: CONTRAT N° 147 389 911

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLUB ASSU  NOM: ADRESSE: REPRESENTANT:	
THE RECEIVE AND THE SECOND SEC	
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE LICENCIE AS Nom, Prénom :	Tél.llllllllll
Adresse:	
Code postal IIII Ville :  Date de naissance :	Sexe:
N° DE LICENCE FEDERALE :	
Les garanties facultatives accordées par le contrat ont-elles é Si oui, préciser la/les option(s) :	
LE SINISTRE	
Date :	
Lieu:	Département :
PRECISEZ LA NATURE DES DOMMAGES QUE VOU	S AVEZ SUBIS :
- Corporels OUI NON	- Matériels OUI NON
PRECISEZ LES CAUSES ET CIRCONSTANCES DET	AILLEES : (votre réponse est obligatoire)
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA RESPONSAI	BILITE CIVILE
A-t-il été établi un constat amiable ? A-t-il été dressé un procès-verbal de gendarmerie ou de comr Si oui :	OUI NON OUI NON
- Coordonnées des autorités :	
Témoins éventuels (indiquez les noms et adresse) : - M	
Un tiers est-il en cause (personne autre que "l'Assuré") ?	

M	M	A

Coordonnées de son assureur :	
Nom :	
- Adresse :	
- N de contrat	
ce sinistre, au titre des Assurances Cumulatives à vos Assu Nom de la compagnie :	V" ET "ASSURANCE SCOLAIRE" et le cas échéant, déclarer reurs RC :
Confirmez-nous que vous chargez MMA de votre recours :	OUI NON
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DOMMAG	ES CORPORELS SUBIS PAR L'ASSURE
L'assuré est-il décédé ?	OUI NON
Description des lésions (fournir obligatoirement le certificat r	nédical les constatant) :
Organisme de prévoyance (Sécurité sociale, Mutualité agric N° d'immatriculation :	naladie) :
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 Secrétaire du club (obligatoire)

MMA IARD Société anonyme au capital de 537 052 368 euros RCS Le Mans 440 048 882

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