





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 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 : .....

<p><b>Pour vous faire rembourser, joignez toujours :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour des frais d'hospitalisation ou de clinique</li> <li>• pour des frais médicaux ou pharmaceutiques</li> <li>- le décompte du régime social,</li> <li>- le décompte du régime complémentaire, si vous en avez un,</li> <li>- un certificat médical descriptif des blessures.</li> </ul> <p><b>N'oubliez pas, en cas d'hospitalisation ou de clinique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la note de frais de l'établissement de soins (duplicata)</li> </ul>	<p><b>Si les garanties complémentaires ont été souscrites :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour les personnes exerçant une activité salariée</li> <li>- le certificat d'arrêt de travail</li> <li>- le bulletin de salaire des trois mois précédant l'accident</li> <li>- les bulletins de salaires des mois suivant l'arrêt de travail (sur lesquels figure la perte de revenus)</li> <li>- les décomptes des règlements de la Sécurité sociale et de tout autre régime de prévoyance susceptible de régler des indemnités journalières.</li> <li>• pour les non salariés</li> <li>- le certificat d'arrêt de travail</li> <li>- les avis d'imposition des trois dernières années précédant l'accident</li> </ul>
---	--

Fait à ..... le .....

Signature du Secrétaire du club (obligatoire)

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