



DECLARATION DE SINISTRE
à utiliser pour tous types de sinistre corporel ou matériel
Et
à adresser dans les 5 jours :

Soit par mail : prevoyance-logistique@groupe-mma.fr
Soit par courrier papier à l'adresse : 160 rue Henri Champion 72030 Le Mans Cedex 9.

ASSURANCE DE BASE : LIGUE DE FOOTBALL NOUVELLE AQUITAINE
CONTRAT N° 149 439 188

*** Informations obligatoires**

*** RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLUB ASSURE**

• NOM : N° AFFILIATION :
• ADRESSE :
• REPRESENTANT :

*** RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE LICENCIÉ ASSURE**

Qualité : Licencié Arbitre Dirigeants
Nom, Prénom : Tél. | | | | | | | | | |
Adresse :
Code postal | | | | | Ville :
Date de naissance : Sexe :
Mail :

N° DE LICENCE FEDERALE :

Les garanties facultatives accordées par le contrat ont-elles été souscrites ?
Si oui, préciser la/les option(s) :

SI L'ASSURE EST MINEUR, RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE/LES PARENTS

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

*** LE SINISTRE**

Date : Heure :
Lieu : Département :

*** PRECISEZ LA NATURE DES DOMMAGES QUE VOUS AVEZ SUBIS :**

- Corporels OUI NON - Matériels 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 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>Pour vous faire rembourser, joignez toujours :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>N'oubliez pas, en cas d'hospitalisation ou de clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la note de frais de l'établissement de soins (duplicata) 	<p>Si les garanties complémentaires ont été souscrites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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)

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