



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

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

**ASSURANCE DE BASE : FEDERATION DES ARTS MARTIAUX TRADITIONNELS
VIETNAMIENS - CONTRAT N° 147 409 951**

*** Informations obligatoires**

*** 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 :
Mail :

N° DE LICENCE :

SI L'ASSURÉ 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 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

"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 :

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)

Fait à le

Signature du Secrétaire du club (obligatoire)

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