



Déclarer un sinistre

OPTION 1

- 1- Remplir le formulaire qui se trouve en page 3 et 4 et joindre les pièces justificatives demandées dans le formulaire.
- 2- Envoyer le tout en même temps à : indemnisation.sports@helmett-assurances.com
ET
precil@groupe-mma.fr
- 3- la suite de vos échanges se feront directement entre vous et la MMA

OPTION 2

Ou par lien sur notre site internet
<https://www.helmett-sport.com/>

Demander son attestation d'assurance en début d'année

Simon LE MENUET - Chargé de relations associations et petites fédérations sportives
Tel : 02.19.00.55.25 / Courriel : association.sport@helmett-assurances.com

Déclarer un évènement hors calendrier fédérale

Remplir le formulaire qui se trouve en page 2 (Demande d'attestation d'assurance RC) et le transmettre par courriel au moins 48heures avant le début de l'évènement à :
association.sport@helmett-assurances.com

Demande d'attestation d'assurance en Responsabilité Civile

Nom du club											
Numéro d'affiliation											
Département											
Type de manifestation (activité(s) pratiquée(s) sous la responsabilité du club)											
Date et heure début/fin											
Adresse exacte du lieu de la manifestation											
Présence de tribunes démontables, chapiteaux, barnums...	☐ Oui	☐ Non									
Si oui : type, nombre, capacité	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Type :</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Nombre :</td> <td style="width: 20%;"></td> <td>Capacité :</td> <td></td> </tr> </table>			Type :				Nombre :		Capacité :	
Type :											
Nombre :		Capacité :									
Moyens de protection et de sécurité sur le site											
Manifestation soumise à autorisation administrative	☐ Oui	☐ Non									
Nombre de participants (différent du nombre de visiteurs attendus)											
Participants licenciés	☐ Oui	☐ Non									
Adresse e-mail officielle du club (pour l'envoi de l'attestation) :											

Date :

Nom/prénom demandeur et/ou tampon :



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 LICENCIE ASSURE

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

N° DE LICENCE :

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 :

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)