



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 fédéral

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	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 10 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**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLUB ASSURE

- NOM : N° AFFILIATION :
- ADRESSE :
- REPRESENTANT :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE LICENCIÉ ASSURE

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

N° DE LICENCE FEDERALE :

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

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)