



## 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 : [indem.ia@helmett-assurances.com](mailto:indem.ia@helmett-assurances.com)  
**ET**  
[precil@groupe-mma.fr](mailto: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 : 0 2.19.0 0 .55.25 / Courriel : [association.sport@helmett-assurances.com](mailto:association.sport@helmett-assurances.com)

## Déclarer un évènement hors calendrier fédérale

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

## Demande d'attestation d'assurance en Responsabilité Civile

<b>Nom du club</b>			
<b>Numéro d'affiliation</b>			
<b>Département</b>			
<b>Type de manifestation (activité(s) pratiquée(s) sous la responsabilité du club)</b>			
<b>Date et heure début/fin</b>			
<b>Adresse exacte du lieu de la manifestation</b>			
<b>Présence de tribunes démontables, chapiteaux, barnums...</b>	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Non</b>
<b>Si oui : type, nombre, capacité</b>	<b>Type :</b>		
	<b>Nombre :</b>	<b>Capacité :</b>	
<b>Moyens de protection et de sécurité sur le site</b>			
<b>Manifestation soumise à autorisation administrative</b>	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Non</b>
<b>Nombre de participants (différent du nombre de visiteurs attendus)</b>			
<b>Participants licenciés</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Oui</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Non</b>
<b>Adresse e-mail officielle du club (pour l'envoi de l'attestation) :</b>			

**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](mailto: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><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)